Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

25 424 Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 283 **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 20 juli 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 21 mei 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 januari 2015 inzake Reactie op de motie van de leden Bruins Slot en Pia Dijkstra over wachttijden in de ggz (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 59) (Kamerstuk 31 765, nr. 115);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 februari 2015 inzake Aanbieding SIRM-rapport «Knelpunten analyse acute GGZ» (Kamerstuk 25 424, nr. 265);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 maart 2015 inzake Reactie op twee rapporten van het Zorginstituut Nederland over verslavingszorg en over de DSM-5 (Kamerstuk 24 077, nr. 344);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 maart 2015 inzake Aanbieding impactanalyse NZa inzake alternatief DSM-IV (Kamerstuk 25 424, nr. 268);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 maart 2015 inzake Signalen toename verwarde personen (Kamerstuk 25 424, nr. 269);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 maart 2015 inzake Stand van zaken inzake gedwongen zorg en het vertrouwenswerk (Kamerstuk 25 424, nr. 270);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 mei 2015 inzake Informatie over acute GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 273);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d.7 mei 2015 inzake Aanbieding drie rapporten over de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Kamerstuk 25 424, nr. 272);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 april 2015 inzake Reactie op verzoek van het lid Leijten, gedaan tijdens de Regeling van Werkzaamheden van 15 april 2015, over verboden experimenten op ggz patiënten (Kamerstuk 25 424, nr. 271);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 mei 2015 inzake Informatie over de High Level Policy**

kst-25424-283
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Forum on Mental Health and Work en over Participatie en psychische aandoeningen (Kamerstuk 29 544, nr. 616);
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 mei 2015 inzake Advies commissie Meurs inzake hoofdbehandelaarschap ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 275);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 mei 2015 inzake Beantwoording vragen n.a.v. de Regeling van Werkzaamheden van 31 maart 2015 inzake de steeds nijpender wordende situatie door wachtlijsten in de GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 276).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Lodders
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Lodders, Bruins Slot, De Lange, Tanamal, Van der Staaij, Leijten, Dik-Faber en Pia Dijkstra,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg en heet eenieder van harte welkom.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Op initiatief van het CDA, de SP en de PvdA heeft afgelopen maandag een rondetafelgesprek plaatsgevonden over knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg. Twintig mensen die met de poten in de modder staan, vertelden over hun dagelijkse werk: de toenemende problemen met verwarde mensen. Dat zijn niet alleen mensen met psychische aandoeningen, maar ook verslaafden, mensen met verstandelijke beperkingen en dementerende ouderen.
In de afgelopen tijd kreeg het CDA steeds meer signalen dat in de ggz de seinen op rood staan. De Minister blijft doordenderen op de ingeslagen weg. Het is tijd om achterom te kijken naar de mensen die in een achterstand achterblijven. Het is crisis in de crisis-ggz. Deze mensen zijn zichtbaar op straat, maar onzichtbaar in de zorg. Het zijn, zoals de politie het uitdrukte, slachtoffers en geen daders. Ze horen niet in de cel thuis. De mensen zijn verdwaald in de bureaucratie van de zorg en worden van het kastje naar de muur gestuurd.
De twintig mensen die daar zaten, signaleerden in elk geval drie problemen. Het eerste heeft te maken met de beddenreductie. In het gesneuvelde bestuurlijk akkoord in de ggz staat dat instellingen 30% minder bedden moeten hebben. Dat is mogelijk, maar dan moet er tegelijkertijd wel voldoende ambulante zorg voor mensen in de buurt zijn. Het Trimbos-instituut gaf ook aan dat het vreemd is dat er geen percentage is afgesproken voor de ambulante zorg. Die zorg is er nu onvoldoende, zoals door meerdere partijen werd aangegeven. Het CDA wil dat de Minister pas op de plaats maakt met de afbouw van bedden totdat er goede afspraken liggen, zoals een percentage voor voldoende ambulante zorg in de buurt.
Het eerste probleem gaat over de toegang van onverzekerden tot de Zorgverzekeringswet. Uit het rondetafelgesprek blijkt dat zorgverleners onverzekerden in de crisis-ggz niet meer in de zorg krijgen, omdat zorgverzekeraars bijvoorbeeld een verwijzing van de huisarts eisen of omdat degenen die in de opvang van de crisis-ggz zitten, schulden hebben. Er is nu voor hen alleen maatschappelijke opvang. Deze mensen krijgen nu geen zorg, terwijl ze wel zorg nodig hebben om hun leven weer op de rit te krijgen. Het CDA verzoekt de Minister, linksom of rechtsom te kijken hoe we dit probleem kunnen oplossen. Ja, ze hebben misschien een dagje crisiszorg, maar daarna staan ze er gewoon weer helemaal alleen voor. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat die mensen toch in een zorgtraject terechtkomen? De openbare ggz is ook niet langer een prestatieveld in de Wmo. Uit het rondetafelgesprek bleek dat dat daarmee ook een beetje uit het blikveld van gemeenten is geraakt. Er is flink op bezuinigd. Zou de Minister samen met de VNG om tafel willen gaan zitten om de openbare ggz wél weer goed op de rit te krijgen?
Hoe staat het met de uitvoering van de motie-Keijzer/Bergkamp? Wat is de stand van zaken van het ontwikkelen van inhoudelijke criteria? Wanneer moeten die gereed zijn? Krijgt de Tweede Kamer dit te horen?

De Minister heeft al een paar keer aangegeven dat het eigenlijk wel meevalt met die wachtlijsten in de ggz. Wat mij opvalt, is dat ik toch keer op keer vanuit verschillende hoeken signalen krijg dat mensen gewoon heel erg lang moeten wachten op hun behandeling.

De heer **De Lange** (VVD): Voorzitter. Afgelopen maandag, tijdens het rondetafelgesprek, citeerde de heer Van Obelen van het Landelijk Platform Politie-ggz Loesje: waarom moeilijk doen als het samen kan? Vanuit de praktijk een kernachtige samenvatting waarover het zou moeten gaan. Goede samenwerking door een veelheid van partijen om uiteindelijk de beste zorg te leveren aan diegene die het nodig heeft. Dit vraagt dan ook om een heldere regie en om een duidelijk kwaliteitskader voor wat je wilt bereiken. Het belang van de ingeslagen weg om de zorg weer dichtbij huis te brengen, wordt door geen van de betrokken partijen bij het rondetafelgesprek betwist en dat is winst. Het is nu zaak om de uitdagingen van de ambulantisering zo te organiseren dat de belangrijkste doelstellingen rond kwaliteit, zorg op maat en dichtbij huis de tijd krijgen om tot bloei te komen.
In de afgelopen periode is de nadruk komen te liggen op de term «verwarde personen». Het is goed om te blijven benadrukken dat het hier gaat om een bredere groep dan alleen psychiatrische patiënten. Nuance werkt dan ook beter dan oneliners, als je stigmatisering wilt voorkomen. Huisvesting, werk, school, participatie en zorg moeten daarom nadrukkelijk deel uit gaan maken van de oplossingen voor mensen die buiten de boot vallen. In een aantal gemeenten wordt die samenwerking goed opgepakt. Dat is succesvol, bijvoorbeeld bij de Opvang Verwarde Personen (OVP) in Den Haag. Wat de VVD betreft, zou het OVP-model model moeten staan voor de rest van Nederland. Er zijn namelijk aantoonbaar minder verwarde personen op straat in deze stad.
Verder gaat het over een betere samenwerking tussen gemeente, politie, corporaties en hulpverleningsinstanties. Dat is noodzakelijk. Deelt de Minister deze opvatting? Op welke wijze wordt hierop gemonitord om er zeker van te zijn dat de verantwoordelijkheid overal wordt opgepakt? Collega Bruins Slot zei al iets over de VNG. Ik denk dat het goed is om de gemeenten daar heel nadrukkelijk bij te betrekken. Zijn de gemeenten bereid, in de aangekondigde rapportages nadrukkelijk aan te geven, hoe het staat met de lokale en regionale regie en samenwerking en wat de effecten daarvan zijn op de kwaliteit?
Daarbij is het voor betrokkenen van belang om nog meer een beeld te krijgen van de goede voorbeelden. Een aantal voorbeelden is de revue gepasseerd tijdens het rondetafelgesprek. Zorg ervoor dat die best practices worden uitgewisseld. Kan de Minister in dit kader de commissie informeren over concretere verbeteringen die zijn verkend tijdens het breed ketenoverleg van 19 mei? Eerder is in de motie-Berckmoes gesproken over het belang van goede huisvesting voor mensen die uitstromen uit de maatschappelijke opvang. Is de Minister bereid, met de betrokkenen binnen het kabinet dit punt verder op te pakken en hierop concreet actie te ondernemen?
Over de afspraken tussen politie en ggz en het belang daarvan voor de acute opvang wil ik het volgende opmerken. De Minister van Veiligheid en Justitie gaf tijdens het AO Politie van 12 februari aan dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de ggz bij acute situaties buiten kantoortijden beter moet. Hij deed de toezegging om samen met de Minister van VWS te bekijken, hoe dat kan worden versterkt. Kan de Minister aangeven wat de stand van zaken is en welke harde afspraken hierover zijn gemaakt? Komen die ook terug in de convenantsafspraken die op dit moment worden herzien? De VVD wil nu echt af van de oneigenlijke taken van de politie. De politie is er altijd voor de eerste hulpverlening, maar daarna als de persoon is begeleid en geen strafbaar feit heeft gepleegd, moet hij of zij worden overgedragen aan de verant-

woordelijke instantie en hulpverlener. Voor het welzijn van de betrokken persoon is het niet goed om in een politiecel te zitten in afwachting van hulpverlening. Graag daar actie op.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik deel die oproep natuurlijk geheel. Ik hoor graag uit de mond van een VVD'er dat het nu afgelopen moet zijn. Maar hoe dan? We hebben een hoorzitting gehad waarbij we echt heel veel knelpunten hebben gehoord. Zou de VVD de oproep die de SP zo gaat doen aan de Minister om in acute situaties de bureaucratie rond de verwijzing op te heffen, willen steunen? Want zeggen dat het nu afgelopen moet zijn, is te weinig. De politie gaf in de hoorzitting aan dat ze wel wil, maar dat ze de mensen niet geplaatst krijgt. Moet er niet gewoon een verwijstitel vanuit politie of crisisdiensten komen?

De heer **De Lange** (VVD): Reageren op een punt dat u nog gaat inbrengen, is wat lastig. Misschien is het beter om daar straks op in te gaan. Laat helder zijn: het gaat om het weghalen van bureaucratie om dit soort zaken te laten werken. Daar is de VVD altijd voor.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het een slim trucje om te zeggen dat u er pas op in kunt gaan als ik het voorstel heb gedaan. Ik neem gewoon het voorstel van de politie over tijdens het rondetafelgesprek, waar de heer De Lange bij was. Zij zeiden dat ze een probleem hebben, omdat ze niet mogen verwijzen. Ze kunnen op basis van hun professionaliteit de dingen die ze op straat meemaken in 95% van de gevallen wel beoordelen, maar daar hoort wel een schakel tussen: er moet of een spv'er of een huisarts komen die doorverwijst, voordat iemand kan worden opgenomen. Om dat op te lossen, stel ik straks voor om de politie een verwijstitel te geven. Kan de VVD dat voorstel steunen?

De heer **De Lange** (VVD): Ik denk dat een combinatie van een aantal zaken moet gebeuren. Vandaar dat de VVD pleit voor een aanpak à la Den Haag. Die aanpak moet breder worden uitgerold over het land. Dan is het goed om te kijken hoe je omgaat met zaken waarin acute verwijzing noodzakelijk is. Het lijkt me goed om daar eens nadrukkelijk naar te kijken. Ik vind het wel van belang dat we de mensen uit de praktijk met de oplossingen laten komen. We moeten oppassen om hier oplossingen te bedenken. Maar alles wat ertoe leidt dat er een strikte scheiding komt tussen mensen die niet in een politiecel komen en mensen die in de opvang komen, lijkt me erg goed.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De heer De Lange zegt terecht dat de OVP in Den Haag een goed voorbeeld is van hoe je menswaardig met mensen om kunt gaan die slachtoffer en geen dader zijn. Maar het was juist de vertegenwoordiger van de politie die zei dat de opvang onder druk staat, omdat ze de financiering niet meer rond krijgen. De afgelopen twee jaar is de ggz in zoveel verschillende hokjes gestopt dat men niet meer over de schotten heen kan kijken. Welke oplossingen ziet de heer De Lange hiervoor?

De heer **De Lange** (VVD): Financiering speelt een belangrijke rol. Daarom ook het pleidooi vanuit de VVD om ervoor te zorgen dat in de keten heel nadrukkelijk wordt gekeken naar de regierol van de gemeenten. Tijdens het rondetafelgesprek is mij namelijk opgevallen dat er veel bij de gemeentes ligt, ook als het gaat om de financiering. Er zou eens moeten worden bekeken of de juiste budgetten worden gebruikt om dit soort zaken op te lossen. Als je ervoor zorgt dat mensen die in de opvang moeten komen niet in die politiecel terechtkomen en je zorgt voor een goed traject, dat vooral gaat om participatie in de samenleving, een dak

boven het hoofd, werk en weer perspectief geven, is dat de beste oplossing. Volgens mij zijn de gemeentes daar als regisseur vol aan zet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Is het pleidooi van de VVD dan dat de gemeente geld moet losmaken? Het viel mij tijdens het rondetafelgesprek op dat vaak werd gezegd dat zorginstellingen zich terugtrekken op het moment waarop mensen in de instellingen zijn opgenomen, terwijl daarvoor gezamenlijk werd bekeken wat de beste oplossing was voor de betrokken personen. Is uw pleidooi nou een opdracht aan de gemeenten, of moet uw pleidooi samen met de politie breder worden opgepakt?

De heer **De Lange** (VVD): Het gaat over een opgave waar veel partijen bij betrokken zijn. Het gaat mij erom, helder te bepalen bij wie de regie ligt bij het verder inregelen wat we willen bereiken. Daarom pleit ik heel nadrukkelijk voor een regierol van de gemeenten, want anders zit iedereen naar iedereen te kijken, waardoor er niet veel gebeurt.
Hoe verloopt het DSM-5-dossier en hoe wordt de Kamer hierbij betrokken? Hoe verhoudt zich dat met de afspraken met de ggz-aanbieders over het kwaliteitsstatuut? Wil de Minister kijken naar de uitdagingen in de oncologische psychiatrie? Hoe wordt omgegaan met deze waardevolle vorm van psychiatrische ondersteuning?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Voorzitter. Aan de hoorzitting van afgelopen maandag hebben wij al gerefereerd. Het moet mij van het hart dat het mij heel erg raakt dat we in een land als dat van ons er maar niet in schijnen te slagen, mensen met grote problemen die vaak verward over straat zwerven, goede en tijdige zorg te leveren. De inzet moet zijn dat wij voor kwetsbare mensen gewoon goede zorg willen op het juiste moment. Tijdens de hoorzitting bleek heel duidelijk dat met deze kwetsbare mensen wordt geschoven, waarbij iedereen naar elkaar kijkt. Het niet verzekerd zijn en dat ook niet voor elkaar krijgen, is een heel groot probleem.
Uit de hoorzitting bleek ook dat de ene gemeente het goed voor elkaar heeft en de andere gemeente helemaal niet. Een heel mooie voorziening zoals die in Den Haag raakt in de problemen, doordat er te lang onverzekerde zorg moet worden geleverd. Parnassia draagt bijna alle lasten zelf, maar op een gegeven moment is dat geld natuurlijk op. Hopelijk is het niet zo dat we mensen niet de zorg kunnen geven die ze nodig hebben, vanwege het feit dat de zorg niet verzekerd is. Krijgt de Minister ook signalen dat zorgverzekeraars mensen weigeren te verzekeren als ze achterstanden hebben met betalingen? Ik meen namelijk begrepen te hebben dat de zorgverzekeraars de plicht hebben om iedereen te verzekeren. We kunnen een heel eind komen als we nou eens beginnen regie te voeren op de basisaanpak. De PvdA ziet heel graag dat er een basisketenaanpak komt, waaraan gemeenten gewoon moeten voldoen. Dan heb ik het over de ggz, maar ook over huisvesting. Mensen zonder dak boven hun hoofd zijn de klos, omdat ze dan een daklozenuitkering krijgen, waardoor ze vaak hun zorgverzekering niet kunnen betalen en geen ambulante zorg krijgen. Er moet een keten komen, waarin de familie een heel grote rol moet krijgen. Want de familie vergeten we nog wel eens, terwijl ze heel belangrijk is voor deze categorie patiënten.
Verder hebben de GGD's meldpunten voor zorg en overlast. Ik hoor net dat er 2.125 zijn die dat al hebben. Als we dan horen dat in het knelpuntenrapport heel duidelijk staat dat buiten kantooruren niemand bereikbaar is, waardoor ook huisartsen niet weten naar wie ze moeten verwijzen, hoe kunnen we dat dan oplossen, zodat voor iedereen duidelijk is wie ze kunnen bellen zonder direct naar de politie te gaan? Is de Minister bereid om met de VNG gesprekken te voeren om met een plan te komen over de basisketenaanpak? Het is misschien wat anders verwoord door mijn voorgangers, maar ik denk dat we allemaal hetzelfde bedoelen.

De sociale wijkteams zouden veel meer moeten worden ingezet om deze mensen te ondersteunen, maar ze ontberen de kennis daarvoor. Wat kunnen we doen om ervoor te zorgen dat die kennis wordt vergroot? Vaak kijken gemeenten naar elkaar als het gaat om de betaling.
Over de zorg dichtbij huis hebben we regelmatig gesproken in het kader van de afbouw van plekken. Dat gaat heel goed. In Flevoland zijn hele afdelingen gesloten, zonder dat er voldoende ambulante zorg is. We hebben een streefpercentage van 30 als het gaat om de beddenafbouw. Ik heb niet kunnen achterhalen of we ook streefcijfers op het gebied van de opbouw van de ambulante zorg hebben. Zijn die er? Zo niet, kan daar dan voor worden gezorgd? Iedereen kijkt namelijk naar elkaar en niemand weet precies wie waarvoor verantwoordelijk is. Ik vroeg de ggz-vertegenwoordiger tijdens de hoorzitting wat ze zelf doet. Toen gaf ze als antwoord dat men naar elkaar kijkt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mevrouw Tanamal legt de vinger op de zere plek. We hebben inderdaad een streefcijfer voor de beddenafbouw afgesproken, maar niet voor de opbouw van de ambulante zorg. Je ziet gewoon en je hoort het ook tijdens het rondetafelgesprek: dan gaat het fout. Mensen krijgen geen of te laat zorg, waardoor ze in de crisis-ggz terechtkomen. Is mevrouw Tanamal dan ook bereid om, als we van de Minister moeten wachten op dat streefcijfer, tijdelijk de beddenafbouw stil te zetten en een pas op de plaats te maken om te voorkomen dat we van kwaad naar erger gaan?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Nee, want het een staat los van het ander. De beddenafbouw hebben we zo afgesproken. Tijdens de hoorzitting hebben we kunnen horen dat iedereen er eigenlijk wel achter staat. Ze staan achter ambulante zorg voor mensen en weer in de wijk wonen. Maar het probleem is de ambulante zorg. Het is niet zo dat een deel van de mensen dat nu op straat loopt in de instellingen wordt opgenomen, nee, de ambulante zorg moet gewoon goed worden geregeld. Als je de beddenafbouw flink op de kaart kunt zetten met streefcijfers, moet je dat ook kunnen met ambulante plekken. Ik zou veel liever zien dat er een streefcijfer is en dat we ergens iets hebben gemist. Maar als er geen streefcijfer is, moeten we er gewoon voor zorgen dat het er komt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het waren juist de Federatie Opvang, het Leger des Heils en Martijn Versloot, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige bij de crisisdienst Flevoland die aangaven dat, doordat de bedden zo snel zijn afgebouwd, er te weinig ruimte is voor een bed op recept en time-outvoorzieningen, waardoor mensen die thuis in een crisis raken uiteindelijk geen zorg krijgen. Ik begrijp daarom niet dat mevrouw Tanamal nu zegt dat daar geen verband tussen zit. Als dat zo is, heeft zij immers ook dat streefcijfer niet nodig.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Daar zit wel degelijk een verband tussen. Maar het moet geregeld worden in de ambulante zorg. Tijdens de hoorzitting ventileerden ook mensen die niet aan een bepaalde instelling waren verbonden, de mening dat het goed is om mensen ambulant te behandelen en hen zo lang mogelijk in de eigen omgeving te laten. Dat vind ik een juist uitgangspunt. Ik vind niet dat er, omdat de ambulante zorg op dit moment nog onvoldoende werkt, maar extra bedden moeten komen. Die ambulante zorg moet gewoon geregeld worden. Daar zit het probleem waarop we moeten inzetten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Tijdens de hoorzitting heb ik niemand horen vragen om extra bedden, maar ik heb wel heel veel mensen horen vragen om realiteitszin bij de snelheid van afbouw. De burgemeester van Heerenveen zei dat zijn gemeente soms eindeloos moet leuren met

mensen. Ik spreek ambulancebroeders die van Gorinchem naar Groningen moeten om psychiatrische patiënten in nood weg te brengen, omdat er elders geen plek is. Dat zijn dingen die we ons zouden moeten aantrekken. De heer Vader van het Leger des Heils zei: we hebben schoenen weggegooid voordat we nieuwe hadden. Ik steun uw oproep voor een streefcijfer voor ambulante zorg. Maar zou het niet goed zijn om aan de Minister, toch regievoerder op dit dossier, te vragen of we, totdat die streefcijfers zijn en er goed inzicht is in de opbouw van de ambulante zorg, even kunnen stoppen met de beddenafbouw?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Ik heb die vraag al beantwoord in reactie op de vraag van mevrouw Bruins Slot: de ambulante zorg moet goed worden geregeld. Dat los je niet op door de beddenafbouw te stoppen. Zorg dat voor deze kwetsbare mensen woonruimte beschikbaar is en dat de ambulante zorg wordt geregeld. Mensen moeten een fatsoenlijk inkomen op bijstandsniveau krijgen en geen daklozenuitkering, waarvan de zorgverzekering niet eens kan worden betaald. Volgens mij ligt daar een heel groot probleem.

Mevrouw **Leijten** (SP): Met al die zaken ben ik het eens. We zouden de wachtlijsten bij de instellingen moeten oplossen. Ik ben voor een streefcijfer voor de ambulante zorg, maar je moet dat wel doortrekken. Er is vastgesteld dat de beddenafbouw veel sneller loopt dan we hadden afgesproken. Laten we nu even een of twee jaar pas op de plaats maken en het veld de tijd geven om te zorgen voor ambulante zorg, waarna we verder kunnen met de beddenafbouw. Volgens mij bestaat daarover geen politiek verschil van inzicht. Thuis is beter, maar er moet wel opvang zijn. Wij horen nu dat dat juist overal knelt. Ik vraag de PvdA nog eenmaal of bij een streefcijfer voor ambulantisering een stop op de beddenafbouw hoort.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Ik blijf mijzelf herhalen: ik vind van niet. Nogmaals, deze groep gaat mij erg nauw aan het hart. Maar het heeft helemaal geen zin om te leuren – excuses voor de term – met mensen die verward op straat lopen omdat ze niet verzekerd zijn. De opvang in Den Haag vangt ze wel op, maar Parnassia kan zo veel onverzekerde zorg niet leveren. Laten we bij het begin beginnen: zorg dat die mensen verzekerd zijn en dat ze de zorg krijgen die ze nodig hebben. Ik hoor graag van de Minister of die streefcijfers er zijn. Zo ja, dan kunnen we daarop sturen. Zo nee, dan moeten ze er alsnog komen. Daar moet flink wat actie op komen. Vorige keer hebben we uitgebreid gesproken over de wachtlijsten. De Minister zei toen dat sommige instellingen van alles heel weinig inkopen, zodat het lijkt alsof ze heel breed hebben ingekocht. De Minister zou daarnaar laten kijken. Is dat inmiddels gebeurd? Een ander zorgelijk punt is dat er heel veel druk op de ggz zit, dus ook op de reguliere bedden in de ggz, omdat te veel mensen met een inbewaringstelling (ibs) voorrang krijgen. Ibs'en worden verstrekt door de forensische zorg en de gevangenis. Dat verdringt de zorg voor mensen die reguliere ggz nodig hebben. Klopt dat en zo ja, wat kunnen er dan aan doen?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. We hadden inderdaad een heel nuttig en boeiend rondetafelgesprek over verwarde personen en de zorgen die er bestaan over de situaties van ontreddering en uitzichtloosheid, toch op heel veel plaatsen in het land aan de orde. Ik vond het mooi wat een ervaringsdeskundige in het rondetafelgesprek zei: als je het hebt over verwarde personen, moet je het ook hebben over verwarde systemen. Want heel veel verwarde personen passen eigenlijk niet in een hokje. Daardoor gaan er dan vaak dingen mis om ze de zorg te kunnen geven die ze nodig hebben.

Het is wel de vraag of we nu goed zicht hebben op deze doelgroep, die best wel divers is. Ik heb er een rapport van de Nederlandse Politieacademie op nageslagen, waarin wordt aangegeven dat in de praktijk in een aantal politieregio's zorgmijders met of zonder woning, problematische-middelengebruikers, zelfmoorddreigers, depressieve personen, dementerende mensen, maar ook mensen met een lichte verstandelijke handicap voorkomen. Het is dus een heel diverse doelgroep, wat het nog een slagje ingewikkelder maakt om te zorgen voor een oplossing.
Het betekent wel dat er improvisatieruimte, vrije bestedingsruimte nodig is, juist omdat personen vaak zo lastig in een hokje zijn te plaatsen. Het is ongelooflijk belangrijk dat de professionals die in de praktijk met hen bezig zijn, flexibel worden benaderd en niet bang hoeven te zijn over zaken die niet vergoed worden. Wil de Minister die doelgroep nog verder in kaart brengen? Welke drempels ervaren betrokkenen bij het zoeken en ontvangen van zorg? Hoe kunnen ze door meer vrije bestedingsruimte en improvisatieruimte hiervoor een oplossing vinden? Uit de genoemde studie blijkt dat het niet in het hele land op precies dezelfde manier moet gaan, want dan ga je heel veel goede praktijken juist weer dwarsbomen. Als het maar geregeld is, zodat er geen gaten vallen.
Wat de toegang tot de reguliere ggz betreft, kwam in de hoorzitting duidelijk naar voren hoe lastig het is als er geen strafzaak is. Als een stevig verwarde persoon een agressieve daad begaat, merk je bij de professionals bijna een soort opluchting, aangezien er dan direct forensische zorg kan worden geleverd. Maar als het daar net tegenaan schuurt, zit je eigenlijk met de handen in het haar, omdat het dan maar de vraag is hoe je dan bij de zorg terechtkomt. Het reguliere systeem van een huisarts die kan doorverwijzen naar de reguliere ggz werkt dan niet. Kan voor deze doelgroep geen andere route richting de reguliere ggz worden gevonden, waarmee je verwijsformaliteiten omzeilt?
Alle collega's hebben de zorg genoemd dat de afbouw van de bedden sneller gaat dan de gewenste ambulantisering van de zorg, dus zorg dichtbij de mensen zelf. Hoe wil de Minister hierop inspelen, zodat de ambulantisering de stimulans krijgt die zo hard nodig is om gelijke tred te houden met de afbouw van de bedden?
Over het hoofdbehandelaarschap heeft de commissie-Meurs een advies uitgebracht en is er een brief gekomen van de Minister. De commissie stelt terecht dat het advies niets verandert aan de vrijheid van zorgverzekeraars om nadere kwaliteitseisen te stellen aan de regiebehandelaar en het kwaliteitsstatuut. Maar aanvullende eisen door verzekeraars zouden onwenselijk zijn als je juist op zoek bent naar een algemeen geldende veldnorm voor kwaliteit. Hoe kan de Minister ervoor zorgen dat veldpartijen en zorgverzekeraars consensus krijgen over een modelkwaliteitsstatuut, waarvan niet wordt afgeweken bij de inkoop van zorg?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Wij hebben vandaag een heel volle agenda. Ik zal lang niet alle onderwerpen kunnen behandelen. Vertrouwenswerk laten we terugkomen bij een onderwerp als zorg en dwang, want daar past het meer bij.
We hebben het veel gehad over verwarde personen. In het vorige debat zei de Minister dat ze eigenlijk geen signalen had gehad dat dat een probleem was. Heeft ze dat nou nog steeds? Uit de antwoorden op Kamervragen wordt namelijk duidelijk dat er vanuit het Minister van Veiligheid en Justitie al eerder een signaal is gegaan naar het departement van de Minister zelf dat er wel degelijk een probleem was.
Het is al gezegd door de heer Van der Staaij: het gaat niet alleen over verwarde mensen, maar zeker ook over verwarde systemen, systemen waarin iedereen bekijkt wat het eigen domein en de eigen verantwoordelijkheid is. Als het even niet meer past, duwt men mensen over de rand, want ze passen niet meer in het systeem. Maar je hebt het over mensen die zich niet aan systemen houden. Een van de oproepen tijdens de

hoorzitting was: geef ons wat meer vrije ruimte, zodat er geen financieringsgrens meer is waardoor mensen tussen wal en schip vallen en geen zorg krijgen, ze wellicht in een crisis geraken en een ibs krijgen, terwijl er al veel eerder had moeten worden ingegrepen.
Een van de succesfactoren bij de OVP in Den Haag is dat er geen dubbele diagnose en geen verwijzing nodig zijn. Maar dat leidt wel tot financieringsproblemen, zeker als iemand wordt doorverwezen naar de ggz. In Amsterdam hoorde ik dat er dan, na de acute opvang, een behandelovereenkomst moet komen met iemand die zelf eigenlijk vindt geen zorg nodig te hebben. Die persoon ondertekent die overeenkomst natuurlijk niet, al is het maar omdat hij het eigen risico niet kan betalen. We verlenen wel zorg, want dat is nodig voor die persoon, maar de zorgverzekeraar zegt dan dat er geen behandelovereenkomst is, zodat de dbc niet wordt betaald. Dit loopt dus vast. Wil de Minister kijken naar de verwijzing, maar ook naar dat soort betaaltitels, waarbij zorginstellingen wel behandelen, maar niet betaald worden?
Ik ben geschrokken van de grootte van het probleem van de onverzekerden. Er worden heel veel onverzekerden niet meer opgenomen in klinieken, waardoor ze worden doorgeschoven en misschien niet op de juiste plek terechtkomen. Het financiële risico ligt bij een van de zorginstellingen die ze wel opneemt. Hoe kan het nou dat iemand die niet verzekerd is, bij de politie terechtkomt, die zo iemand probeert in te schrijven voor een verzekering, waarna dat geweigerd wordt? Er is toch acceptatieplicht? Wil de Minister hiernaar kijken en dit verder oppakken?
De Minister zegt dat er geen samenhang is tussen meer verwarde personen op straat en de beddenafbouw, maar wel met de veranderende wereld, oorlogen en de dreiging van IS. Bij psychoses weten we dat de wereld een rol speelt, dus die laatste opmerking van de Minister zal ongetwijfeld waar zijn. Maar of het is allebei waar, of het is allebei niet waar. We hebben in de hoorzitting gehoord dat de beddenafbouw gewoon een rol speelt. Verwarde personen kunnen in acute situaties nergens goed terecht en er is verdringing van forensische bedden en civiele bedden. Overal wordt gezegd dat het begint te knellen. Mijn oproep aan de Minister is: wacht nou even tot de opbouw van de ambulantisering goed is en tot die tijd een standstill in de beddenafbouw. We weten dat de zorgverzekeraars heel hard knijpen op de inkoop: 20% moet eraf. Spreek gewoon met hen af dat ze dat volgend jaar en het jaar daarop niet doen, totdat de ambulantisering is geregeld. Want als we harder afbouwen dan we opbouwen, weten we in ieder geval dat het veel duurder wordt, maar we weten ook dat het sociaal onwenselijker wordt.
Is de Minister bereid, te onderzoeken hoe gemeenten via de Wet publieke gezondheid meer regie kunnen nemen over de openbare ggz, die nu niet meer onder de Wmo valt? Dat werd genoemd als een probleem. Ziet de Minister daar een opening? Leidt DSM-5 niet tot een pakketwijziging dit jaar en is ze bereid, de Kamer op de hoogte te houden? Ik sluit me daarbij aan bij de heer De Lange. Je hoeft de radio maar aan te zetten of je hoort: «Geloof je het Selfie» van PsyQ. Daarbij wordt eigenlijk tegen mensen gezegd: je bent misschien wel depressief. Je wordt naar een website geleid met een aanvraagformulier, terwijl we toch een verwijzigingssysteem hebben. De Minister is altijd erg kritisch op de ggz-sector, omdat die te hard groeit. Wil de Minister over dit soort reclame, het aanzetten tot zorg, een oordeel geven? Wil ze PsyQ oproepen, te stoppen met deze reclames en ook met deze aanmeldformulieren op haar site?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Gisteren was er een berichtje op de NOS-site dat weinig aandacht kreeg, namelijk het feit dat meer mensen arbeidsongeschikt zijn door psychische klachten dan door fysieke klachten. Het betreft vooral ook jongeren. Critici zeggen dat het allemaal komt door de opvoeding, maar ik hoor toch ook geluiden dat onze samenleving gewoon steeds ingewikkelder wordt en dat jongeren

moeite hebben, het hoofd boven water te houden. Voor het reces hebben we nog een uitvoerig debat gehad over mensen met een licht verstandelijke beperking, die ook moeite hebben om mee te komen. Wat dat betreft vind ik dit debat ontzettend belangrijk, want het belang van geestelijke gezondheidszorg kan niet voldoende worden benadrukt.
Veel mensen met psychische problemen hebben meer problemen: ze zitten in geldnood, ze zijn niet verzekerd en soms speelt verslaving ook nog een rol. In de buurt hebben deze mensen het lastig. Wederkerigheid ontbreekt, waardoor vriendschappelijke relaties er niet of nauwelijks zijn. Want deze mensen zijn raar en hebben een stigma. Stigmabestrijding blijft hard nodig; dit blijf ik in elk ggz-debat herhalen. Het niet accepteren door onze Nederlandse samenleving van het anders zijn leidt ertoe dat ggz-patiënten in buurten bijna geen hulp ontvangen. In het vorige debat heb ik gevraagd wat er gedaan wordt aan deze stigmatisering. De Minister heeft gezegd dat dit haar aandacht heeft. Ik hoor graag wat de vorderingen op dit moment zijn.
De familie vormt de brug met de samenleving; zij zorgt voor zorg. De ggz-mantelzorg is de zwaarste mantelzorg die er is, las ik ineen van de position papers voor het rondetafelgesprek. Daarom is het enorm belangrijk dat de mantelzorgers, in veel gevallen de familie, goed op de hoogte worden gehouden als een patiënt onder behandeling is. Nu krijgen we van verschillende kanten signalen dat dat regelmatig onvoldoende gebeurt en dat de naaste familie in onzekerheid zit. De richtlijnen zijn er wel, toch gebeurt het niet. Wil de Minister dit onderzoeken en op dit punt terugkomen?
Ik deel de mening dat beddenafbouw en ambulantiseringg communicerende vaten zijn: als we beddenafbouw realiseren, moet de ambulantisering goed van de grond komen. Het idee van een streefcijfer spreekt mijn fractie aan. Ik zie echter dat de beddenafbouw te snel gaat en dat de ambulantisering onvoldoende van de grond komt. Ik heb daarover een aantal vragen aan de Minister. Allereerst de onduidelijkheid over de financiering van beschermd wonen. Daar is de Staatssecretaris mee bezig, maar juist in dit debat is het belangrijk dat de Minister hier ook op reageert. Wat gaat zij doen om de samenwerking tussen somatische zorg en ggz in de eerste lijn in de wijkteams te verbeteren? Ik krijg signalen dat dit niet goed gaat, door gescheiden bekostigingssystemen en regelgeving. Wil de Minister experimenteerruimte bieden? Wat gaat ze doen om samenwerking tussen ketenpartners te bevorderen? Ik denk daarbij aan de samenwerking rondom uitkeringen en schuldhulp, maar ook aan de rol van de apotheker bij therapietrouw.
Wat kan de Minister doen om de toegang tot laagdrempelige dag- en nachtopvang door gemeenten te verbeteren? SiRM telde dat jaarlijks bij 125.000 risicocontacten sprake is van handelingsverlegenheid door niet-ggz-hulpverleners. Die handelingsverlegenheid is met name groot bij de politie. De ChristenUnie vindt dit zorgwekkend, omdat tijdens het rondetafelgesprek vanuit verschillende instanties naar voren kwam dat het aantal meldingen van crises en overlast van verwarde personen bij de politie juist toeneemt en zal blijven toenemen. Is de Minister bereid, met de beroepsgroepen in gesprek te gaan over een oplossing voor dit probleem?
Tegelijkertijd vindt mijn fractie het zorgwekkend dat mensen die geen delict hebben begaan in de politiecel belanden. Dat is niet de omgeving waarin verwarde personen tot rust komen. Het idee van een mogelijkheid om de politie een verwijstitel te geven, zoals zojuist in het debat gewisseld, spreekt mij aan, maar ik hoor ook graag de reactie van de Minister. Ik krijg echt veel te veel signalen dat spoedzorg in de avond-, nacht- en weekeinduren niet op orde is. Zo was ik onlangs op werkbezoek in de regio West-Friesland, waar in de nachturen één crisisteam met professionele zorg actief is. Dan heb ik het over het gebied van Hoorn en Alkmaar, tot aan Den Helder. Dit kan echt niet.

Acute hulpverlening in crisissituaties zonder verwijzing of behandelovereenkomst kan ertoe leiden dat een dbc door de zorgverzekeraar volledig wordt afgekeurd. Dat heeft de SP-fractie net aan de orde gesteld. Ik zie dat hier de afspraken op papier botsen met de werkelijkheid. Wil de Minister dit aankaarten?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Om te beginnen wil ik me verontschuldigen, omdat ik te laat ben aangeschoven. Dat gebeurt soms met het openbaar vervoer en andere zaken. Ik heb gemerkt dat het rondetafelgesprek invloed heeft gehad op onze inbreng. Ik denk namelijk dat we allemaal wel zo'n beetje op dezelfde punten aanhaken.
De fractie van D66 is zeer voor de ambulantisering van de ggz: de zorg dicht bij huis, op een plek waar patiënten zich veilig voelen. Maar ik vind wel dat dit goed geregeld moet worden en dat de juiste passende zorg op het goede moment moet worden verleend aan patiënten. Het aantal incidenten met verwarde personen blijft toenemen. De Minister kan niet aangeven waardoor dat komt en of dat echt zo is. Maar psychiatriepatiënten die op straat leven en aangewezen zijn op de nachtopvang, waarna ze te maken krijgen met overvolle slaap- en eetzalen, terwijl ze juist enorm gebaat zijn bij rust en behandeling, dat is niet waar we naartoe willen en wat we willen zien. Er is een gebrek aan time-outvoorzieningen. Hoe denkt de Minister die ambulante zorg beter te regelen, zodat mensen inderdaad thuis kunnen blijven wonen? In Den Haag zien we dat het aantal incidenten met verwarde personen juist kan afnemen bij de juiste opvang. De OVP is hier al genoemd, evenals het gebrek aan financiering. Ik vraag hiervoor nadrukkelijk de aandacht van de Minister. Zij heeft verder aangegeven dat er dinsdag ketenoverleg is geweest. Wat is daaruit gekomen en welke stappen gaat de Minister zetten?
In de hoorzitting kwam het probleem van de mensen zonder adres naar voren, die geen zorg kunnen krijgen en geen zorgverzekering kunnen afsluiten. Wat ons betreft moet er voor mensen die niet in het GBA staan ingeschreven, snel iets worden geregeld. Ik hoor graag hoe de Minister dit, eventueel met haar collega, wil gaan regelen. Dit moet echt worden opgelost.
Tijdens de hoorzitting bleek ook dat er een gebrek is aan improvisatieruimte. Het gaat toch weer om maatwerk. De vrije bestedingsruimte heb je nodig om dat maatwerk te kunnen leveren. De professionals moeten kunnen beoordelen wat goed is voor de patiënt, die door de schotten heen de zorg moet kunnen vinden. De POH-ggz is een waardevolle toevoeging voor de huisartsenpraktijken, maar ook voor de deskundigheid in de sociale wijkteams. Op heel veel plaatsen is die professionele deskundigheid niet aanwezig. Nu maak ik me ook zorgen over de bekostiging hiervan, want de huisartsengroepen die wel een POH-ggz ter beschikking stellen van de wijkteams, zitten met de financiering. Zij doen dat nu uit de eigen budgetten, wat ze niet volhouden. Ook daarop graag een reactie van de Minister.
De huidige werkwijze met het hoofdbehandelaarschap staat goede zorg in de weg. De regiebehandelaar zet de patiënt weer centraal. D66 pleit, met de commissie-Meurs, voor een goede overgang. Zo denken we dat nu al stapsgewijs naar het regiebehandelaarschap kan worden toegewerkt. Kan de Minister toezeggen dat ze hierover met de zorgverzekeraars in gesprek zal gaan?
De Minister stelt dat duidelijk is dat bij een acute ggz-crisis altijd plaatsen beschikbaar moeten zijn. Maar hoe zit het met de gevallen waarin er wel spoed, maar geen crisis is? Die mensen vallen namelijk tussen wal en schip. De huisarts zit met de handen in het haar: hij weet niet waar hij met de patiënt naar toe moet. Passende hulp is nodig. Ik verwacht dat de Minister dit meeneemt in haar voorstellen om de acute ggz te verbeteren. Wanneer kunnen we die voorstellen verwachten?

De vergadering wordt van 10.46 uur tot 11.00 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Verwarde personen vormen een heel belangrijk onderwerp in dit debat. Het is een onderwerp waarover we al eerder hebben gesproken. Daarbij heb ik aangegeven dat ik de signalen dat een toename van het aantal verwarde personen rechtstreeks te wijten zou zijn aan afbouw van de bedden, niet herkende. Dat ben ik nagegaan. Het is een beetje zoals de heer Van der Staaij al aangaf: de groep verwarde personen is heel divers, met heel diverse problemen en aanpakken: verslaafden, oudere dementerenden, licht verstandelijk gehandicapten, mensen met psychische problemen. Die groep lijkt toe te nemen. Wij hebben daar zeker de nodige aandacht voor. Dat hebben wij al enige tijd. Wij hebben in 2013 een onderzoek uitgezet naar de acute crisisdienst. Ik heb dat onderzoek toegezonden. Dat zit bij de stukken. Omdat wij zagen dat daar knelpunten waren, hebben wij gevraagd om op een rijtje te zetten hoe wij die kunnen adresseren. Daar zijn wij druk mee bezig. Daar is een traject voor ingezet.
Het is ontzettend belangrijk dat mensen een goed en veilig thuis hebben, naar de juiste plek worden begeleid en de zorg krijgen die zij nodig hebben. Ik ben het met iedereen eens die zegt dat mensen die ziek zijn en die verder niets kwaads hebben gedaan, niet in een politiecel thuishoren, maar in de zorg.
De afgelopen periode heeft er overleg plaatsgevonden met het Ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland, de VNG, de organisatie voor schuldhulpverlening en de Federatie Opvang. Natuurlijk is er ook op bestuurlijk niveau met Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland, de VNG en de betrokken dg's van de departementen van VWS en V en J over dit onderwerp gesproken. De conclusie was dat we een brede aanpak nodig hebben die het geheel bestrijkt.
Het is echt een illusie dat ik als Minister dit probleem met een paar maatregelen of een paar drukken op de knop kan oplossen. Het is een heel breed probleem, waar heel veel mensen bij betrokken zijn die niet in de verschillende vakjes passen. We zullen moeten bekijken hoe we deze heel brede aanpak kunnen inzetten. De continuïteit van de zorg tussen forensische en reguliere zorg moet goed geborgd zijn, ook om te zorgen dat mensen voldoende toegerust in de samenleving terugkeren.
Het gaat er ook om dat alle typen verwarde personen worden geïnventariseerd en dat de problemen en de verantwoordelijkheden van de verschillende spelers in onderlinge samenhang niet alleen goed worden beschreven, maar ook worden opgepakt. Afgelopen dinsdag heeft een breed ketenoverleg met alle partijen plaatsgevonden om te inventariseren hoe een brede aanpak eruit kan zien. Daar waren ook weer veel partijen aanwezig, zoals de zorgverzekeraars, de gemeenten, het Landelijk Platform GGz, het Leger des Heils, de Federatie Opvang, de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst en de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio. Iedereen die daar bij was, had een gevoel van urgentie en is bereid om mee te werken aan zo'n breed plan van aanpak. Iedereen die daar was, concludeerde dat de gemeente primair de regie moet voeren om op lokaal of regionaal niveau partijen bijeen te brengen en om de beste aanpak te kiezen, die aansluit bij de lokale of regionale situatie. Dat kan namelijk heel erg verschillen van gemeente tot gemeente.
De VNG heeft aangegeven die regierol op zich te willen nemen. Daarbij werd als randvoorwaarde genoemd dat er op landelijk niveau een bestuurlijk commitment van de meest betrokken partijen moet zijn. Een effectieve aanpak van deze complexe problematiek zal gedeeltelijk op landelijk, maar gedeeltelijk ook op regionaal en lokaal niveau moeten plaatsvinden. Gesuggereerd is om te komen tot een aanpak die te vergelijken is met de aanpak van maatschappelijke opvang en het eerder ontwikkelde zogenaamde Stedelijk Kompas 3.0. Wij zijn nu aan het bekijken hoe wij dat inzetten. Natuurlijk moet de GGD hier ook bij worden

betrokken, als het gaat om de openingstijden. Dat lijken allemaal kleine dingen, maar die zijn natuurlijk cruciaal als het erom gaat.
Het vierde punt dat aan de orde komt, zijn de goede voorbeelden, zoals de aanpak in de gemeenten Amsterdam en Den Haag. In dat plan moeten elementen worden opgenomen die je ook in andere gemeenten zou moeten toepassen. In dat plan zal ik ook ingaan op de onverzekerden, waar veel woordvoerders naar hebben gevraagd. Er geldt een acceptatieplicht als iemand onverzekerd is, bijvoorbeeld omdat hij wanbetaler is. De verzekeraar moet die persoon gewoon accepteren. Het grootste knelpunt zit bij onverzekerden die geen vaste woon- of verblijfplaats hebben. We hebben de regeling getroffen dat deze groep afhankelijk is van de gemeente waar zij middels een briefverblijfplaats ingeschreven wordt. Als je geen verblijfplaats hebt en om zo te zeggen onder de brug slaapt, dan moet de gemeente dat doen. Ik begrijp dat dit niet altijd goed of snel genoeg wordt afgestemd en dat een probleem kan zijn dat er dan een soort bureaucratisch systeem ontstaat. Dat moet expliciet een plek krijgen in het plan van aanpak. Hoe zorgen we ervoor dat de gemeente dat op zo'n manier doet dat het niet tot vertraging leidt in de aanpak? Dat zal daar zeker expliciet een plaats in krijgen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Bij een kwart van de acute situaties in Amsterdam en Den Haag gaat het om onverzekerden. Het gaat dan echt niet alleen om de verblijfplaats. Het is goed dat de Minister daarnaar wil kijken, maar zij moet ook kijken naar de schuldenproblematiek. Ik hoorde ook dat mensen worden geweigerd omdat zij een schuld hebben bij een andere zorgverzekeraar. Dan zouden zij toch eigenlijk in het regime van de wanbetalers moeten vallen? Mijn eerste vraag is om dat mee te nemen. Mijn tweede opmerking betreft dat plan dat wordt gemaakt, waarbij de gemeenten de regie voeren, met wonen, werk en inkomen. Daar ben ik heel erg voor. Ik vind het heel logisch om daarvoor de route van het Stedelijk Kompas te bewandelen, maar er zou ook een wettelijke basis moeten zijn zodat de gemeenten een bepaalde doorzettingsmacht krijgen. Er zou een wet voor de publieke gezondheidszorg of voor openbare ggz moeten zijn, want deze valt nu niet meer onder de Wmo. Ik vraag de Minister om deze route te onderzoeken omdat dat logisch is en de gemeenten ook de vrijheid geeft om het in te vullen zoals dat moet, met een bepaalde rechtszekerheid dat het gebeurt. Is de Minister bereid om dat te doen?

Minister **Schippers**: Schuldweigering mag niet, zo simpel is het. Dat is wettelijk vastgesteld. Als er signalen zijn dat dit wel gebeurt, nemen we die signalen mee en bekijken we hoe dat kan. Volgens onze informatie is het grootste probleem dat mensen die niet ingeschreven zijn, niet in het systeem kunnen, omdat zij niet in het vakje passen. Daar gaan wij aan werken. Natuurlijk zal ik hiernaar kijken, want het mag niet. Dat is simpel. Als er iets gebeurt wat niet mag, moeten we bekijken hoe we daarop actie kunnen ondernemen. De gemeenten hebben niet gevraagd om een wettelijke basis voor doorzettingsmacht, maar ik zal daar zeker expliciet naar kijken. Het is ons niet gemeld dat dit een knelpunt is waarvoor iets nodig is, maar dat wil niet zeggen dat wij daar niet naar gaan kijken. Als wij toch bezig zijn met die aanpak, kunnen wij bekijken of er knelpunten zijn die wij kunnen oplossen door iets in die wet te veranderen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het heel fijn dat de Minister dat wil bekijken, want wij hebben in de hoorzitting gehoord dat dit wel een knelpunt is. De organisaties in de maatschappelijke opvang zeggen bijvoorbeeld dat dit vroeger een wettelijke taak was van de gemeenten. Deze is vervallen met de nieuwe Wmo, maar als deze wettelijk geborgd zou zijn, bijvoorbeeld door een wet publieke preventie, dan kan de Minister ook zeggen dat een gemeente die wettelijke taak heeft en zich aan moet sluiten bij de Stedelijke Kompassen die gevormd worden. Dat

geeft iets meer zekerheid dat het overal van de grond komt, met het maatwerk dat je nodig hebt.

Minister **Schippers**: Ik zal daar nog op terugkomen. Dat is niet vervallen in de nieuwe Wmo. Blijkbaar is daar onduidelijkheid over. Een plan van aanpak kan ook werken om scherper te krijgen dat dit niet vervallen is, want daar moet geen onduidelijkheid over bestaan. Ik neem deze punten mee. Daarnet werd Loesje geciteerd. Dat zijn vaak boerenwijsheden die heel erg kloppen. Je moet gewoon een probleem oppakken en kijken hoe je dat praktisch aan kunt vliegen. Zo zitten wij er ook in. Ik zit echt in de praktische aanvliegmodus.
De heer Van der Staaij zei dat je een zekere improvisatieruimte zou moeten hebben. Mevrouw Dijkstra sloot zich daarbij aan. Als wij tot in het oneindige blijven differentiëren, worden onze systemen heel complex en dan weet niemand meer de weg. Ik wil wel bekijken waar improvisatieruimte nodig is. Een van de punten die in de inbreng van de Kamerleden en in de hoorzitting is genoemd, is om de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige dicht bij de politie te stationeren en een verwijsfunctie te geven. Ik weet niet of dat een oplossing is, maar ik wil daar wel naar kijken. Je zou die verwijsfunctie ook door de politie kunnen laten vervullen, maar het nadeel is dat deze geen medische opleiding heeft. We zouden dichtbij een soort praktische oplossing moeten vinden, zodat er een persoon is die deze functie op zich kan nemen. Ik wil dat nu niet alvast inkleuren, maar wel kijken naar een improvisatieruimte die de eerste schakel kan zijn, waardoor je daarna in het systeem verder kunt en sneller kunt verwijzen. Voor acute ggz heb je geen verwijzing nodig. Bij de analyse van de knelpunten bij de acute ggz is gebleken dat onduidelijk is wat acuut is en wat spoed, zoals mevrouw Dijkstra ook opmerkte. Wij proberen dat op te lossen, maar voordat die oplossing er is, ben je zo een jaar verder. Wij bekijken hoe wij dat praktisch kunnen inzetten, waarbij ik van iedereen wat vraag. Het is echt een illusie om te denken dat het met de maatregelen die ik nu noem, wordt opgelost. Gemeenten hebben een belangrijke taak. Andere partijen die hier een rol in spelen, zijn de zorg zelf, de politie en het Rijk. Ik heb hierbij een praktische insteek om ruimte te geven voor de dingen die ik net heb genoemd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is goed dat die urgentie gevoeld wordt, omdat de seinen op rood staan als het gaat om de geestelijke gezondheidszorg en de politie. De Minister heeft gesprekken gevoerd met het veld en goed geluisterd naar wat maandag in de hoorzitting is gezegd. Zij is bereid om naar die improvisatieruimte te kijken. 25% van de mensen in de opvang in Amsterdam en Den Haag is onverzekerd. Zij komen niet de zorg binnen, terwijl zij wel zorg nodig hebben. Dat plan van aanpak zal nog wel even op zich laten wachten, omdat de problematiek heel complex is. Wat gebeurt er in de tussentijd om dit op te lossen voor de mensen van de politie, de sociaalpsychiatrische verpleegkundigen en al die anderen die erbij betrokken zijn?

Minister **Schippers**: Wij gaan niet wachten tot er een plan van aanpak is. Alles wat al kan, moet ook al gebeuren. We zien dat er bijvoorbeeld in een stad als Den Haag heel veel goede dingen gebeuren. Die kunnen nu al overgenomen worden door andere gemeenten. Als ik nu iets kan regelen wat van belang is, hoef ik niet op dat plan van aanpak te wachten, maar dat plan van aanpak is wel belangrijk. In een hele keten, met zo'n diverse groep, is het moeilijk op te lossen als je niet samenwerkt. Ik hecht aan het samenwerkingsaspect en aan een plan van aanpak waarbij iedereen zegt: ja, ik heb een groot probleem met mijn buurman die zich op een ander terrein beweegt, maar wij gaan dat samen oplossen, want mijn buurman heeft ook weer op mijn terrein een probleem. Dat moeten we samen doen. Ik hecht zeer aan het plan van aanpak, maar ik ben het met

mevrouw Bruins Slot eens dat we niet moeten gaan zitten wachten tot we allemaal de laatste punt hebben gezet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De heer Van Dijk en de heer Van Nobelen van de politie zeiden ook dat er soms op wordt gewacht dat er een blikje naar de politie wordt gegooid, omdat je die mensen dan in de zorg kunt krijgen. Dat is schrijnend. Het gaat erom dat de onverzekerden de zorg niet binnenkomen vanwege die bureaucratische drempels. Wil de Minister met de politie, de zorgverzekeraars en andere betrokken partijen bekijken of er een tijdelijke praktische oplossing kan komen, zodat mensen die niet in de cel thuishoren maar zorg nodig hebben, die ook krijgen?

Minister **Schippers**: Ik heb net aangegeven dat dit een onderdeel wordt van het plan van aanpak. Dan moet je daar dus naar kijken. Onze signalen zijn dat veel van die mensen geen vaste verblijfplaats hebben en dat daar een probleem zit. Dan heb ik dus de gemeenten nodig. Dan zie je alweer dat je moet samenwerken. Mijn volgende punt is dat ik een aantal collega's in het kabinet nodig heb. Als die vaste verblijfplaats een probleem is, is het nodig dat mijn collega van BZK met mij meedenkt over een praktische oplossing daarvoor. Dat kan ik vanuit mijn positie niet doen. Ik kan wel contact opnemen met de zorgverzekeraars en zeggen dat het vaak wel goed zal gaan, maar dat het hier en daar misgaat met die acceptatieplicht. Dat is hun punt. Wij moeten het echt allemaal samen doen. Dat ben ik wel van plan. Ik moet zeggen dat alle partijen die om de tafel zaten, een urgentiegevoel hadden. Iedereen is bereid om er praktisch naar te kijken. We gaan een plan van aanpak maken, maar we gaan ook al aan de slag, dus we gaan daar niet op wachten.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Ik vind het een heel goed plan om de spv'er dicht bij de politie te zetten. Dat staat ook al in het rapport. Het gaat er helaas vaak om dat er geen geld voor is. Als de spv'er mee zou gaan met de politie en als er geen crisis blijkt te zijn, kan de zorgverzekeraar daar heel lastig over doen, want als er geen crisis is, is het niet verzekerd. Er is door meerdere mensen gevraagd om vrije ruimte, bijvoorbeeld door GGZ Nederland en tijdens het werkbezoek aan de politie in Den Haag. Met die vraag over de vrije ruimte wordt ook bedoeld of zij een bepaald percentage financieel vrij kunnen besteden. Heeft de Minister het daar ook over?

Minister **Schippers**: De suggestie die door anderen is gedaan voor een spv'er, heb ik opgepakt. Ik wil heel graag bekijken wat de voor- en nadelen daarvan zijn. Als er problemen zijn met de financiering, is het logisch dat we daarnaar moeten kijken, omdat het nu niet gebruikelijk is. Het is iets nieuws, iets wat we extra doen om het probleem op te lossen. Ik kan mij voorstellen dat dit in verzekeringskader wordt gefinancierd. Ik kan mij ook voorstellen dat je dat misschien via de begroting financiert. We moeten gewoon praktisch bekijken hoe we dat kunnen regelen. Als het niet binnen een regelsysteempje valt, moeten we bekijken hoe we dat op een andere creatieve manier kunnen regelen. Het is onderdeel van het plan van aanpak dat ik daarnaar kijk. We gaan ook bekijken wat er nodig is voor die improvisatieruimte. Volgens mij gaat het daarbij om dat eerste stuk. Daarna kan iedereen naar de reguliere zorg geleid worden. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er geen praktische belemmeringen zijn in dat eerste stuk, zoals een schot waardoor iemand in een spoedsituatie niet die handeling kan uitvoeren? Daarover gaat mijn toezegging aan mevrouw Tanamal. Ik ga bekijken wat er nodig is, wat wij kunnen leveren en hoe wij dat goed in elkaar kunnen steken.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Het is goed om te horen dat de Minister de handschoenen wil oppakken voor een alomvattend plan van aanpak en aan

de slag gaat om de knelpunten op te lossen. Wanneer zou dat plan van aanpak er naar verwachting kunnen zijn?

Minister **Schippers**: Wij hebben de eerste gesprekken gehad. Ik denk dat het plan van aanpak na de zomer afgerond moet zijn. We hebben gemerkt dat het heel ingewikkeld is. Er zitten heel veel partijen rond de tafel. Mijn inzet is niet dat ik wacht tot het eind van de zomer op de dingen die er gebeuren. Ik ga nu al aan de gang. Ik heb toegezegd dat ik nu al ga bekijken waar die improvisatieruimte kan liggen. Daarvoor hoef ik niet te wachten tot het eind van de zomer. Ik kan nu al bekijken wat ik kan doen met die verwijzing. Maar wij hebben dat overleg wel nodig omdat het in samenhang en in samenwerking moet. Ondertussen roep ik iedereen op om te kijken naar steden waar het goed gaat en om daarvan te leren. Het moet ook hoog op de agenda staan van de gemeenten. De VNG heeft ook gezegd dat het van belang en urgent is.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Dat klinkt heel goed. Betekent dit dat wij daar voor de begrotingsbehandeling over kunnen beschikken, zodat de eventuele financiële consequenties ervan dan aan de orde kunnen komen?

Minister **Schippers**: Ja, want dan kan ik meteen uw fiat krijgen als ik daar geld voor nodig heb. Dat lijkt me wel handig.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister zegt dat we moeten kijken naar waar het goed gaat en dat dit een voorbeeld moet zijn voor andere gemeenten. We hebben nu juist gezien dat in gemeenten waar het goed gaat met de OVP, zoals in Den Haag, de financiering een probleem is. De Minister zegt dat alvast door andere steden of gemeenten kan worden overgenomen wat goed gaat, maar de vraag is of er dan ook instellingen zijn die daarvoor hun eigen budget gebruiken, zoals hier in Den Haag.

Minister **Schippers**: Je ziet dat er wordt gekozen voor verschillende oplossingen, die verschillende financieringen kennen. Mevrouw Dijkstra heeft zelf de POH-GGZ aangekaart. We moeten wel constateren dat het aantal huisartsen dat een POH-GGZ heeft, in één jaar is toegenomen van 43% naar 77%, dus dat is een enorme groei. Dat is een positieve ontwikkeling. In die sociale wijkteams zitten allerlei verschillende mensen. Wij zullen moeten bekijken of je de oplossing die in Den Haag is gevonden, langdurig vol kunt houden. Zo niet, wat is daar dan voor nodig? Moet je schuiven van het ene naar het andere? Ik heb geen geld op de plank liggen waarvoor ik nog geen bestemming heb. Als ik iets wil intensiveren, moet ik het elders weghalen, zeker als het van de begroting komt. Dat betekent dat ik de ene subsidie moet stoppen als ik een andere wil opbouwen. Zo werkt het. Bij de financiering van verzekerde zorg is het iets anders. Als daar belemmeringen of schotten zijn, zijn die makkelijker op te lossen. Het is voor mij ook een financiële puzzel: wat doe ik waar? Een belangrijke vraag is hoe we dit in de praktijk in samenwerking kunnen oppakken. Het is heel belangrijk om te beginnen met een probleem dat je makkelijker kunt oplossen, namelijk dat iemand niet in de zorg terechtkan omdat er geen verwijzing is of omdat er een bureaucratische drempel is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Bij de financiering is het probleem inderdaad in veel gevallen dat mensen niet zijn verzekerd. Hoe wordt dat dan vergoed? In hoeverre is er bij de integrale bekostiging van de eerstelijnszorg, in segment 3, ruimte voor innovatie, zoals door de POH-GGZ? Ik snap best dat de Minister zegt dat het om verschuivingen gaat. Ik vraag ook niet zozeer om meer geld als wel om aandacht voor het feit dat er nu nog veel te weinig gebruik van wordt gemaakt. Ik vraag de Minister om daarnaar te kijken bij deze voorbeelden.

Minister **Schippers**: Je ziet dat de opvang van verwarde personen heel verschillend betaald wordt, soms voor een deel uit de Zorgverzekeringswet of voor een deel door de gemeente. Als je het over de sociale wijkteams hebt, over de S1, zijn er ook grote verschillen tussen wie daarin zitten en waarvan zij afkomstig zijn. Dat is allemaal enorm in ontwikkeling. Deze opbouw van zorg in samenwerking en met integratie kenden we eerder niet, dus dat is een positieve ontwikkeling. We moeten bekijken waar de knelpunten zitten en wat we daaraan kunnen doen. Omdat het niet zo eenduidig is, kan ik niet op voorhand zeggen dat ik het heb opgelost als ik aan dat knopje draai. Een onderdeel van het plan van aanpak zal zijn dat we bekijken hoe we de knelpunten kunnen adresseren. Ik zal de komende weken met de meest betrokken partijen de aanpak voorbereiden en de agenda verder opstellen en uitwerken, in overleg met mijn collega's in het kabinet. Er zijn vandaag ook weer allerlei nieuwe suggesties gekomen die ik zal oppakken. Ik zal de Kamer nog voor het zomerreces over de vorderingen informeren, zodat zij kan weten wat er na het reces gebeurt. Ik kan toezeggen dat er heldere regie zal zijn, zoals de VVD heeft gevraagd. De regie is belegd bij de VNG. Ik ben een onderdeel van dat plan. Er zal ook een duidelijk kader zijn waarbinnen wij werken.

De heer **De Lange** (VVD): Het is heel goed dat de regierol bij de VNG ligt. De Minister zegt dat zij hierover binnen het kabinet met alle betrokkenen gaat spreken. Wordt daarbij ook ingegaan op de huisvesting? Dat is een heel belangrijk onderdeel bij de opvang en het geven van een stabiele structuur. Bij de sociale huisvesting wordt prioriteit gegeven aan groepen die elkaar verdringen om de plekken. Gaat de Minister dat punt ook bespreken met de verantwoordelijken binnen het kabinet om te komen tot oplossingen?

Minister **Schippers**: Dat zal ik zeker doen. De motie-Berckmoes-Duindam c.s. (29 325, nr. 71) roept de regering op om in gesprek te gaan met gemeenten en woningcorporaties over het bevorderen van de uitstroom uit de maatschappelijke opvang door het beschikbaar stellen van voldoende woningen. Dat is een belangrijke motie. Als je goede doorstroming wilt hebben vanuit de maatschappelijke opvang naar een zelfstandige woning, zul je dat ook daadwerkelijk moeten doen. Het is dan ook heel belangrijk dat lokale en regionale partijen een inschatting maken van hoeveel woningen er nodig zijn en afspraken maken over de beschikbaarheid van betaalbare woningen en eventueel begeleiding van die groep. Staatssecretaris Van Rijn heeft de Kamer op 11 mei geïnformeerd over de uitvoering van de motie. Het lid Berckmoes had daarover Kamervragen gesteld. Aangezien er voldoende betaalbare woningen moeten zijn heeft hij laten weten dat de uitstroom uit de maatschappelijke opvang mede naar aanleiding van deze motie onder de aandacht is gebracht van het Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen. Dit onderwerp is geagendeerd voor het eerstkomende bestuurlijk overleg over langer zelfstandig wonen. Daaraan nemen Aedes, VNG en GGZ Nederland deel, maar ook Minister Blok en Staatssecretaris Van Rijn.
Volgens de marktscan van de NZa was de wachttijd bij een groot deel van de locaties van de aanbieders in 2014 korter dan de Treeknorm. Alleen in de jeugd-ggz waren de wachttijden bij een groot aantal locaties langer dan de Treeknormen. Wij hebben hierover de vorige keer ook gesproken. Enkele woordvoerders kwamen hierop terug. De NZa gaat dat nader onderzoeken en uitdiepen en komt eind van het jaar met actuele gegevens. Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland ontwikkelen een monitor om beter te kunnen zien waar wachttijden zijn en waar nog ruimte is binnen de afspraken.
Kopen verzekeraars voldoende breed in? Je kunt heel breed maar ook heel smal inkopen. De verzekeraars hebben een zorgplicht en de NZa houdt toezicht op de naleving daarvan. In juni komt de NZa met een

verdiepende analyse van de wachttijdgegevens. Ik dacht: dat is een beetje raar, maar in juni komen ze met een analyse van de huidige gegevens en eind van het jaar met de nieuwe. In de analyse die in juni komt, zal er ook aandacht zijn voor verschillen tussen diagnoses, regio's en verzekeraars.
Dan kom ik op de motie-Keijzer/Bergkamp (30 597, nr. 397). De afspraak dat de ggz-cliënten toegang kunnen krijgen tot de Wlz stond en staat niet ter discussie. Zorginstituut Nederland is gevraagd om een advies over de manier waarop toegangscriteria voor de ggz-doelgroep moeten worden bepaald. Dat advies wordt in het najaar verwacht en daarna zal besluitvorming plaatsvinden. Overigens is voor beschermd wonen een stevig overgangsrecht geregeld in de Wmo.
De CDA-fractie heeft gevraagd om bij de beddenafbouw een pas op de plaats te maken totdat de ambulante zorg is opgebouwd. Ik vind het ongelofelijk belangrijk om door te gaan met die switch naar ambulantisering. Als je bedden afbouwt, moet er ook wel ambulante zorg zijn, maar ik voel niet veel voor stopzetting van de verandering die wij hebben ingezet, te weten de beddenafbouw. Ik voel er wel veel voor om meer grip te krijgen op de opbouw van de ambulantisering en om deze beter te monitoren, zodat we scherper in zicht hebben waar wat wordt opgebouwd. Dan kunnen wij ook veel scherper in zicht krijgen wat achterblijft. Als streefcijfers daarbij kunnen helpen, ben ik zeker bereid om die te stellen. Ik zal eens goed bekijken wat daadwerkelijk aan de orde is. Ik wil juist inzetten op een extra slinger aan de ambulantisering in plaats van het stopzetten van deze overgang. Om dat te kunnen doen heb je heel scherp zicht nodig op waar het achterblijft. Het blijft niet overal achter. Er wordt ontzettend veel opgericht. Er gebeurt ontzettend veel bij de ambulantisering, maar in de ene regio is dat blijkbaar meer explosief, om zo te zeggen, dan in de andere. Ik ga goed bekijken waar dat achterblijft om dat ook een zet te kunnen geven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Er is geen verschil van mening over dat mensen langer thuis moeten kunnen blijven wonen en dat beddenafbouw nodig is, maar het probleem is dat deze veel sneller gaat dan gepland, zoals mevrouw Leijten ook al zei. Er komen steeds sterkere signalen uit het veld dat de opbouw van de zorg in de wijk daarmee geen gelijke tred houdt. Ik vind het positief dat de Minister scherper gaat kijken naar welke ambulante zorg wordt opgebouwd en dat daarvoor streefcijfers worden opgesteld. De vraag is of het niet te laat is, omdat de problemen al te groot zijn als zij dat inzicht of die streefcijfers heeft. Daarom vraag ik de Minister om het tempo terug te brengen, om het even stil te zetten, totdat er inzicht is in de situatie van de ambulante zorg op dit moment.

Minister **Schippers**: Mevrouw Bruins Slot is heel stellig in haar aannames, maar het is helemaal niet zo dat er over de hele linie sneller wordt afgebouwd. Sterker nog, er wordt op onderdelen veel minder snel afgebouwd dan we hadden afgesproken en er wordt op andere onderdelen sneller afgebouwd, ook regionaal. Je ziet grote verschillen tussen de sectoren, maar ook regionaal, dus je kunt niet eenduidig zeggen dat wij sneller afbouwen dan gepland. Je kunt ook niet eenduidig zeggen dat er langzamer wordt opgebouwd dan gepland. In sommige regio's wordt er juist heel goed en heel snel opgebouwd. Daar zit ook meteen het knelpunt; je kunt het niet zo een-op-een kunt stellen.
Het tweede punt dat ik wil maken is dat ambulantisering echt goed is voor de kwaliteit van de zorg. Het is ook echt betere en gewenste zorg. We hebben er met heel veel partijen over gesproken. De conclusie dat je dit moet doen zoals wordt voorgesteld, wordt in het veld niet breed gedragen. Ik wil wel heel goed bekijken waar de ambulantisering achterblijft. Daar zien we knelpunten ontstaan. Dan kunnen we ook veel sneller ingrijpen. Dat vind ik een heel waardevolle toevoeging aan het beleid dat tot nu toe is gevoerd. Ik ben er zeker toe bereid om dat in een

beetje tempo te doen, dus niet over een jaar met gegevens naar de Kamer te komen. Als we goed zicht krijgen op die ambulantisering, kunnen we daar veel preciezer over praten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik zie dat de Minister een stap zet ten opzichte van het overleg dat we in december hadden. Er zijn steeds sterkere signalen over gekomen bij de werkbezoeken die ik in de afgelopen maanden heb afgelegd. Dat was ook de reden om een rondetafelgesprek te organiseren. Afgelopen maandag werd dit ook weer door twintig man bevestigd. Dat maakt dat de CDA-fractie zich zorgen maakt of we niet te snel gaan. Het is goed dat de Minister dit gaat onderzoeken en een streefcijfer stelt, maar de vraag is of we mensen en zorginstellingen niet enorm in de problemen brengen doordat die afbouw sneller gaat. Om grotere problemen te voorkomen vraag ik de Minister om behoedzaamheid.

Minister **Schippers**: Wij hebben onderzocht of er een causaal verband is. Dat is niet te zien. Wij hebben meegeluisterd bij het rondetafelgesprek. U zegt dat door twintig man is gezegd dat er een causaal verband was, maar dat heb ik er niet uit gehoord. Er is misschien een verschil in hoe je luistert naar mensen, maar wij kunnen dat niet aantonen of zo stellen. Wij hebben heel intensief contact, want wij zitten ook met alle partijen rond de tafel. Wij hebben in de afgelopen tijd ook heel veel gesproken met alle partijen. Dit is voor mij geen oplossing. Ik vind wel dat we preciezer moeten bekijken waar de opbouw van de ambulantisering achterblijft, om sneller in te kunnen grijpen. Ik zal de Kamer voor de begrotingsbehandeling de gegevens die wij hebben, doen toekomen, zodat wij, de gegevens bestudeerd hebbend, direct kunnen zeggen waar een impuls nodig is, maar ook waar het heel goed gaat. Op heel veel terreinen gaat de opbouw van de ambulantisering wel heel goed.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het nogal wat dat de Minister zegt dat mevrouw Bruins Slot te stellig is. We hebben allemaal het rapport van het Trimbos-instituut ontvangen dat bij het vorige debat werd betrokken. Het gaat om de acute bedden op grond van de Zorgverzekeringswet. In dat rapport staat dat de afbouw daarvan veel harder gaat dan gepland, zodat in 2018 al een derde van de bedden is verdwenen. Ik heb het rapport voor mijn neus liggen, dus ik vind het nogal wat dat de Minister dat zegt. Bij de hoorzitting werd door niemand gezegd dat het alleen door de beddenafbouw komt dat we meer verwarde personen zien. Er is nooit één reden, maar het speelt wel mee. De burgemeesters, de mensen van de maatschappelijke opvang, de spv'ers en de politie zeiden allemaal dat het veel moeilijker is geworden om mensen geplaatst te krijgen op bedden. Als de afbouw van bedden in het kader van de Zorgverzekeringswet veel harder gaat dan gepland, waarom kan er dan niet één jaar een standstill zijn? Het gaat niet werken als je een plan van aanpak maakt terwijl er zo'n druk is op de beddenafbouw.

Minister **Schippers**: Ik ontken niet dat dit een factor is die meespeelt. Ik ontken de vrij stellige uitspraken dat we door beddenafbouw de situatie hebben die we nu kennen. Er zijn heel veel factoren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Een punt van orde. In mijn verhaal heb ik meerdere oorzaken genoemd voor de toename van verwarde personen. Ik vind dat de Minister een verkeerde voorstelling van zaken geeft door dit punt nu te isoleren.

Minister **Schippers**: Ik heb meegeluisterd met de hoorzitting. Ik heb het rapport van het Trimbos-instituut goed gelezen. Uit mijn hoofd zeg ik dat we op 7% afbouw van de Zvw-bedden zitten. We zitten bij de AWBZ op 3%

en met voortgezet beleid op 4%. De enorme percentages moeten nog gerealiseerd worden, als je gaat naar 30%. Daar zitten we nog helemaal niet op. Je kunt het op verschillende manieren aanvliegen om te komen tot een oplossing. Je kunt zeggen: we zijn bezig met een omslag die heel erg gewenst is, met het oog op de kwaliteit van de zorg voor de patiënt die in zijn sociale omgeving zorg kan krijgen in plaats van heel lang opgesloten te zijn in een instelling. Dat is een enorme omslag – dat ontken ik niet – maar wel een gewenste. Ik ben van mening dat wij die omslag moeten doorzetten. We moeten er tegelijkertijd wel voor zorgen dat er voldoende opvang en zorg is in de omgeving. Er zijn signalen dat dit niet in heel Nederland gelijk op loopt, maar in sommige delen van Nederland is er wel degelijk sprake van forse opbouw van ambulantisering en in andere delen niet. Ik wil daar preciezer zicht op krijgen. Door daarnaar te kijken en monitoring op te zetten kunnen we zien hoe zich dat ontwikkelt en waar we eventueel bijsturing nodig hebben. Ik vind dat een veel zinnigere oplossing dan om nu het ingezette beleid stop te zetten. Je ziet ook dat sommige dingen om praktische redenen niet goed genoeg van de grond komen. Daarvoor wil ik ook een plan van aanpak opzetten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter, ik vind het altijd heel terecht als u ons maant om korter te zijn in het formuleren van onze vragen, maar het zou ook goed zijn als de Minister antwoord zou geven op de vraag die wordt gesteld en ook korter kan zijn. Er is niet een-op-een een causaal verband, want er hangt heel veel samen, maar we hebben van iedereen gehoord dat er in acute situaties een probleem is met bedden. De Minister gaat een plan van aanpak maken. Dat vind ik heel verstandig. Ons verzoek is om eventjes te stoppen met die beddenafbouw, niet met het beleid – iedereen staat namelijk achter de ambulantisering – om gewoon even een pas op de plaats te maken. Dan verstart en verhardt de Minister en dan is er geen ruimte mogelijk. Hoe komt dat toch? Ik vind dat zo jammer. We hebben allemaal gezien dat het Trimbos-instituut zich daarover ook zorgen maakt. Het heeft erop gewezen dat de beddenafbouw te hard gaat, zeker in relatie tot de opbouw van de ambulantisering. Natuurlijk gaat het ergens ook goed. Dat willen wij niet ontkennen, maar een pas op de plaats is verstandig beleid. Doe dat nou eventjes. Waarom kan dat niet? We hebben gisteren gehoord dat de Algemene Rekenkamer de regering oproept om tijd te nemen voor de uitvoering. We hebben heel veel zaken op zijn kop gezet in de zorg en heel veel systemen veranderd. Als die beddenafbouw daar doorheen blijft banjeren, durf ik de Minister te voorspellen dat we hier over een jaar wel zitten met de constatering dat er te weinig bedden zijn. Het zou verstandig zijn als de Minister een pas op de plaats maakt voor een of twee jaar met de beddenafbouw.

Minister **Schippers**: Het is altijd een afweging om te jij-bakken, maar mevrouw Leijten blinkt ook niet uit in kort en bondig formuleren.

De **voorzitter**: Als de Minister dat nou overlaat aan de voorzitter, dan geef ik haar nu het woord voor de beantwoording.

Minister **Schippers**: Er is gewoon een verschil van inzicht. Dat kan in de politiek. Daarvoor zitten we hier ook. Iedereen vertelt wat volgens hem of haar de beste oplossing is voor een probleem. Ik zie dat er een aantal dingen echt in de weg staan voor een goede, praktische oplossing voor het probleem in de straat. De Kamer heeft daarvoor vandaag de suggestie gedaan om te kijken naar improvisatieruimte, naar verwijzingen en naar andere dingen. Ik wil dat in de praktijk goed oppakken. Het is een belangrijke omslag, die niet uit de lucht komt vallen, want er wordt al heel lang over gesproken. Er wordt door heel veel mensen heel erg hard aan gewerkt. Om die zomaar stop te zetten heeft enorme consequenties, ook voor de hele omslag in denken en werken die we met elkaar maken; een

omslag in anders opleiden en wat er allemaal achteraan zit. Als de opbouw niet snel genoeg gaat, wil ik er wel een versnelling op zetten. Dat vind ik een positieve manier om de problemen op te lossen, omdat je dan de kwaliteit van de zorg blijft verbeteren. Ik ben zeker bereid om dit probleem praktisch aan te pakken, om met mijn collega's en alle ketenpartners te overleggen, om in de praktijk schotten en dergelijke weg te halen en vervolgens waar nodig tot een snellere opbouw.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Allereerst bedank ik de Minister voor het plan van aanpak, waarin ook punten naar voren komen die door mijn fractie zijn aangedragen. In mijn bijdrage heb ik gezegd dat de beddenafbouw en de ambulantisering communicerende vaten zouden moeten zijn, maar ik zie nu echt dat er een vaatje leegloopt, terwijl het andere vat nog niet gevuld is. Mijn vrees is dat mensen niet de zorg krijgen die nodig is, zoals in het rondetafelgesprek naar voren is gebracht. Ik wil niet tornen aan het ingezette beleid of het bestuurlijk akkoord, maar ik hoor dat dit in het veld heel divers wordt uitgewerkt. Er zijn vier dominante zorgverzekeraars, die dit verder uitwerken in inkooptrajecten. De ene zorgverzekeraar hanteert percentages per instelling of per regio, de andere aantallen bedden. Het ijkjaar is 2008 terwijl er met zorgverzekeraars afspraken waren gemaakt over beddenopbouw na 2008. Volgens mij is er nog heel veel te verbeteren in de uitvoering. Wil de Minister daarover het gesprek aangaan met de zorgverzekeraars en de regie pakken?

Minister **Schippers**: Dat is precies wat we in kaart gaan brengen. Ik ben het met u eens dat er heel veel diversiteit in zit. Het is ook niet één vaatje dat leeg- of volloopt, maar het zijn een heleboel vaatjes. We hebben het over een heleboel verschillende dingen. Er zijn ook grote verschillen tussen regio's, want al die vaatjes lopen niet gelijktijdig leeg. Wat u aangeeft, herken ik. Daarom wil ik een inventarisatie, zodat we inzicht hebben in wat er gebeurt, scherper kunnen oordelen en ook preciezer kunnen bijsturen. Dan kun je zeggen: in die regio is het ambulantiseringsvaatje niet snel opgebouwd, dus dat moet nu wel in een versneld tempo gebeuren. Ik ben het met u eens. Ik denk dat het ook nodig is om daar zicht op te krijgen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Dat een bestuurlijk akkoord zo divers wordt uitgewerkt, maakt het niet heel overzichtelijk, in het bijzonder voor de instellingen die de zorg moeten leveren. Uiteindelijk kunnen cliënten daar weer de dupe van worden. Ik vind het goed dat de Minister dit op het netvlies heeft, maar wil zij ook de regie pakken, zodat er meer duidelijkheid en uniformiteit komt bij de uitwerking van het bestuurlijk akkoord? Het akkoord is duidelijk, maar de uitwerking is nogal rommelig.

Minister **Schippers**: Als je iets lokaal en regionaal oppakt, is altijd het nadeel dat je heel grote verschillen krijgt, lokaal en regionaal. Bij het akkoord dat met GGZ Nederland gesloten was, hebben de verzekeraars en de partijen in de regio zelf afspraken gemaakt. Het voordeel daarvan is dat je maatwerk kunt leveren. Het nadeel is dat er heel grote verschillen ontstaan. Ik denk dat je dat wel bij lokale partijen moet laten liggen, omdat zij het beste inzicht hebben in wat er in die regio nodig is. Dat hebben wij veel minder. Maar als je inzichtelijk maakt hoe de processen overal gaan, kun je ook veel beter beoordelen of er in bepaalde gebieden een tandje bij moet. Ik denk dat de Wet verplichte GGZ ons ook zou moeten helpen. Deze is gericht op zorg in een ambulante setting, terwijl de huidige wet daar helemaal niet op toegesneden is. Wij hebben die wet nodig, maar die wet heeft vertraging opgelopen omdat er een relatie is met de Wet zorg en dwang en met de Wet forensische zorg, die bij de Eerste Kamer voorliggen. Dan heb je dat er in de laatste wet de meeste aanpassingen moeten worden gedaan. Dat weet men naar aanleiding van het rapport

van ZonMW. Die aanpassingen worden gedaan en die worden eind van het jaar toegezonden aan de Kamer.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb ook in de stukken gelezen dat die wetswijziging pas eind dit jaar aan de Kamer wordt toegezonden. Ik vind het heel zorgelijk dat het zo lang moet duren. In eerste termijn ben ik niet toegekomen aan de vraag of dat niet sneller kan. Waarom moet dat zo lang duren?

Minister **Schippers**: Wij hebben alles op alles gezet om er tempo in te houden. Ik had precies dezelfde reactie, maar er moesten 61 aanbevelingen verwerkt worden. Dat was een enorm karwei, waar ontzettend veel mensen op zijn gezet, maar er zit ook in dat het nog naar de Raad van State moet. Er is eerst een consultatie, dan gaat het naar de Raad van State en dan naar de Kamer. Daarom kost het zoveel tijd. Het was een enorme slag om te maken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik kan alleen maar met de Minister vaststellen dat dat inderdaad heel erg jammer is, omdat ook tijdens de rondetafel bleek dat iedereen om die wet zit te springen, juist vanwege die ambulantisering. Nu kan de Minister geen ijzer met handen breken – dat snap ik ook wel – maar ik ben daar wel erg teleurgesteld over omdat wij hier al jaren mee bezig zijn.

Minister **Schippers**: Ik kan dat goed begrijpen. Ik heb die vragen zelf ook gesteld. Het heeft er alles mee te maken dat wij drie wetten hebben, waarvan er twee verder zijn. Daardoor moesten een heleboel afstemmingsveranderingen van ZonMW in de laatste wet, de Wet verplichte ggz, verwerkt worden. Ik had het liever anders gezien, maar die 61 aanbevelingen moesten stuk voor stuk behandeld worden. Dan krijg je dus een consultatie en een advies van de Raad van State en schuif je zo naar het eind van het jaar.
Zijn de openbare ggz-taken veranderd met de komst van de nieuwe Wmo? Ik heb dat al even aangestipt. Die zijn niet veranderd. In de Wmo 2007 stonden de gemeentelijke taken op het gebied van de openbare ggz beschreven in prestatieveld 8. Deze activiteiten ter preventie van ernstige psychosociale problemen en het begeleiden van de betrokken personen vallen nog steeds onder de Wmo 2015, maar daarin wordt niet meer gesproken over prestatievelden, maar over de overkoepelende term «maatschappelijke ondersteuning». Hieronder wordt onder meer verstaan het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen. Dat moet zo veel mogelijk gebeuren in de eigen leefomgeving.
Als er behoefte is aan dergelijke ondersteuning en men dit met behulp van het sociale netwerk niet kan oplossen, dan is het aan de gemeente om die ondersteuning te bieden. Maar, zoals al toegezegd, als hier onduidelijkheid over bestaat, neem ik dat mee in het plan van aanpak en in het overleg met onze partners.
Dan kom ik op het verbeteren van de toegang tot laagdrempelige dag- en nachtopvang. Gemeenten hebben in het kader van de Wmo een duidelijke opdracht om te voorzien in passende ondersteuning. Dag- en nachtopvang maken daar deel van uit. De Kamer is eerder door de Staatssecretaris geïnformeerd over de acties die zijn ondernomen om de langdurige toegankelijkheid van de opvang te verbeteren, waaronder het convenant van de gemeenten Landelijke Toegankelijkheid Maatschappelijke Opvang. Daarnaast werken de VNG en de Federatie Opvang aan een kwaliteitsagenda maatschappelijke opvang. Wachtlijsten en capaciteit zijn hier een onderdeel van. De agenda zal eind van de zomer klaar zijn.
Zijn wij in gesprek met de VNG over de inzet van de middelen? En hebben de gemeenten de juiste dingen gedaan? Ik denk dat de middelen

voldoende worden ingezet. Centrumgemeenten ontvangen middelen voor maatschappelijke opvang, begeleiding en inloop in de ggz via de decentralisatie-uitkering van de maatschappelijke opvang. Uit de Monitor Stedelijk Kompas, die jaarlijks wordt uitgebracht door het Trimbos-instituut, blijkt dat die gelden daadwerkelijk zijn ingezet. Vrijwel alle gemeenten hebben de middelen die zij ontvangen voor deze taken daarvoor ingezet. Er zijn ook centrumgemeenten die bijplussen op deze taken en dus meer uitgeven dan de uitkering.
Dan kom ik op de crisisdiensten. In 2013 is met veldpartijen een traject gestart om de keten van de acute ggz in kaart te brengen. Hoeveel crisisdiensten zijn er? Waar kun je ze vinden? Welke competentie moeten ze ten minste in huis hebben? GGZ Nederland heeft in vervolg daarop een profiel voor de crisisdiensten gemaakt. Begin 2014 heb ik met GGZ Nederland een brede bijeenkomst georganiseerd om de knelpunten in kaart te brengen. Dat heeft geleid tot de opdracht aan onderzoeksbureau SiRM om onderzoek te doen naar verbeteringen in de keten van de acute ggz. Dat rapport ligt er. Daar moeten wij mee aan de slag. Een aantal knelpunten, zoals het ontbreken van een definitie van crisis, onduidelijkheden over de verantwoordelijkheidsverdeling en wachttijden, ongeschikte eerste-opvanglocaties en ongeschikt vervoer, moet worden aangepakt. Er wordt ook een multidisciplinaire zorgstandaard gemaakt. Die is eind 2016 beschikbaar, maar wij moeten tot die tijd natuurlijk voortgang maken. Wij moeten niet op die multidisciplinaire richtlijn wachten. Om die voortgang te bewaken heb ik regulier overleg met de ketenpartners in de acute ggz.
Bij de toegang spelen met name spoed- en crisisdefinities een rol. Daar heb ik het net over gehad.
Over de commissie-Meurs heb ik een vrij lang stuk, maar daar is volgens mij maar één vraag over gesteld. Ik ga direct over naar die vraag. Hoe kunnen verzekeraars en aanbieders gestimuleerd worden tot een eenduidig kwaliteitsstatuut te komen? De veldpartijen gaan daarmee aan de slag. Die ontwikkelen zo'n modelstatuut. Het doel is dat dit statuut wordt ingeschreven in het register van kwaliteitsinstituten, dat het dan voor iedereen geldt en dat iedereen zich daaraan committeert. Vandaar dat ook iedereen hierbij betrokken is. Dat betekent dat verzekeraars zich daar ook aan committeren, want die zijn ook betrokken bij de opzet van dit modelstatuut. Ik houd het proces van de ontwikkeling van het statuut nauwlettend in de gaten. Half september wil ik weten of er substantiële stappen zijn gezet, want er moet tempo zijn. Als dat onverhoopt niet het geval zou zijn, dan overweeg ik om het Kwaliteitsinstituut in te schakelen.

De **voorzitter**: Wilt u een verduidelijking aanbrengen, mevrouw Dijkstra?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Omdat ik de enige ben die daar kennelijk op in is gegaan en de anderen al hebben aangegeven dat dit nog moet terugkomen, vind ik het prima als de Minister het nu heel kort houdt en wij dat in een later stadium uitvoerig bespreken. Dat had ik voordat zij begon willen zeggen.

Minister **Schippers**: Dat zou prettig zijn, want het is een heel belangrijk punt. Het gaat om de essentie. Het is niet alleen een kwestie van een hoofdbehandelaar schrappen. Het heeft een veel bredere impact.
Dan kom ik op de oncologische psychiatrie. Psychische en somatische comorbiditeit hebben aandacht in de agenda voor de ggz. Er zijn inloophuizen voor psychosociale begeleiding van mensen met kanker. Er komen steeds meer inloophuizen. Het zou goed zijn als die beter bekend raken en mensen actiever worden doorverwezen. Ik zal bekijken welke stappen ik kan zetten om dat actiever onder de aandacht te brengen, want het werk dat heel veel vrijwilligers in de inloophuizen doen is echt prachtig. Dus daar kom ik op terug.

De heer **De Lange** (VVD): Het is fijn dat de Minister daarop terugkomt. Ik heb ze gelukkig in gezonde toestand ook weten te vinden. Dat was ook de reden dat ik hier aandacht voor vraag. De oncologische psychiatrie geeft heel nadrukkelijk aan meer bekendheid te willen krijgen. Daar werkt zij ook hard aan. Maar er zijn ook allerlei praktische problemen om behandelingen uiteindelijk vergoed te krijgen, terwijl daar wel een heel hoge mate van effectiviteit zit. Wil de Minister dus nog eens bekijken of er voor dit soort praktische problemen oplossingen zijn te vinden?

Minister **Schippers**: Ik had heel recentelijk een afspraak in mijn agenda staan met de inloophuizen. Helaas kon dat niet doorgaan wegens een debat, maar ik zal die afspraak zeker nakomen. Dan kunnen zij zelf naar voren brengen welke knelpunten ze nog hebben. De vraag of iets tot een pakket behoort, is een heel traject via Zorginstituut Nederland. Misschien moeten er nog punten in dat traject gebracht worden. Dat weet ik zo niet. Dat zal ik aan hen vragen, maar dan moeten wij ook bekijken of Zorginstituut Nederland een visie kan geven op wat daar eventueel braak ligt. Ik zal dat inventariseren.
Op de reactie van het Zorginstituut en de NZa op DSM-5 heb ik ook een reactie gegeven, die ik aan de Kamer heb gestuurd. Daarin heb ik aangegeven dat ik aanvullende informatie heb gevraagd over de invloed op het pakket. Ik verwacht de Kamer voor het eind van het jaar te kunnen informeren over dat standpunt. Dat betekent dat er voor het komende pakket niks verandert onder invloed van DSM-5. Als er iets verandert, dan zal dat in 2017 ingaan. In het kwaliteitsstatuut moeten zorgaanbieders aangeven hoe ze de zorg zo organiseren dat zij goede zorg leveren. Het is aan de veldpartijen om dat modelstatuut te ontwikkelen en ook om te bekijken hoe zij die DSM-classificatie in dat statuut verwerken. De Kamer zal daar zeker van op de hoogte worden gehouden.
De PsyQ-spotjes heb ik zelf niet gehoord of gezien. Zijn ze op de radio of op tv? Dat weet ik eigenlijk niet. Op de radio, hoor ik. Ik zal er eens naar luisteren. Mensen die zorg nodig hebben, moeten die zorg krijgen als die zinnig en zuinig is. Als die niet zinnig en zuinig is en ertoe wordt opgeroepen, dan vind ik dat mensen dat niet moeten doen. Maar voordat ik daar een oordeel over kan hebben, zal ik eens luisteren waartoe die spotjes oproepen.

De **voorzitter**: Er zal een verwijzing naar de website worden doorgegeven.

Minister **Schippers**: Dan gaat het extra snel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): En ik hoor net dat het dorp van de heer De Lange vol hangt.

De heer **De Lange** (VVD): Ja, met posters.

Minister **Schippers**: O, mijn dorp nog niet.

De heer **De Lange** (VVD): Nou ja, dat is misschien een inschatting van de mate waarin het nodig is. Ik weet het niet.

Minister **Schippers**: Ha ha ha. Ik lach nu wel, maar ik wil daar wel even op ingaan, want ik ben het met mevrouw Leijten eens. Als er wordt opgeroepen tot onzinnige zorg of iets wat niet nodig is, dan moeten wij daar afstand van nemen, want met elkaar zijn wij bewakers van een zinnige en zuinige zorgagenda. Maar ik moet het eerst even zien. Ik luister te weinig radio, denk ik, en ik woon in het verkeerde dorp.
Destigmatisering is een ontzettend belangrijk onderwerp, zeg ik met mevrouw Dik-Faber. Wij hebben daar vorig jaar een grote conferentie over

gehouden. De Minister-President heeft die geopend. Wij hadden dat gevraagd om via hem aan te geven hoe belangrijk het kabinet destigmatisering vindt. Als wij vinden dat wij ambulante zorg moeten verlenen en dat mensen uit instellingen in de wijk moeten, dan vraagt dat ook iets van de wijk. Als er mensen zijn die zich wat anders gedragen, dan vraagt dat dat wij met elkaar toleranter voor hen zijn, dat wij meer begrip hebben voor het feit dat mensen anders in elkaar kunnen steken en dat er soms wat buiten de lijnen wordt gekleurd. Dus het vraagt wat van ons allemaal. Wij hebben daar een agenda op gezet. De stichting Samen Sterk zonder Stigma» s heel actief op dit onderwerp. Daar wordt een subsidie van 1 miljoen per jaar aan verleend. In die stichting werken partijen samen aan dit vraagstuk. Dus ik ben het helemaal met mevrouw Dik erover eens dat dit een belangrijk aandachtspunt is.
Tot slot, verdringt de forensische zorg de reguliere ggz? Daar heb ik geen cijfers over, maar ik hoor soms wel dat forensische zorg beter zou betalen dan reguliere zorg, waardoor bedden eerder naar forensische zorg gaan. Als dat zo is, dan vind ik dat echt onwenselijk. Er is een beleidsregel van de NZa die het mogelijk maakt om met budgetten te schuiven tussen die twee soorten zorg. Daar wordt weinig gebruik van gemaakt. Ik ga dus even na hoe dit zit en waarom er zo weinig gebruik wordt gemaakt van die regel bij de NZa als het een probleem is. Dan kom ik daar later bij de Kamer op terug.

De **voorzitter**: Daarmee is er een einde gekomen aan de beantwoording in eerste termijn. In tweede termijn hanteren wij anderhalf, twee minuten spreektijd als richttijd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister allereerst voor het feit dat zij een aantal dingen nu echt gaat oppakken en dat zij samen met het veld tot een plan van aanpak komt. Zij zegt daarbij: er moet improvisatieruimte zijn, waar mensen in het veld echt behoefte aan hebben, er moet een oplossing komen voor de onverzekerden en verwarde personen horen niet in een politiecel, maar zij horen goede zorg te krijgen.
Er is nog een verschil van inzicht tussen de Minister en de CDA-fractie over de beddenafbouw. Politiek gezien zijn wij het met elkaar erover eens dat het belangrijk is om mensen meer zorg thuis te geven. Daarom is het ook van belang dat de hoeveelheid bedden binnen ggz-instellingen wordt afgebouwd, maar onder andere Trimbos ziet dat de beddenafbouw sneller gaat dan gepland is en dat er ontzettend grote regionale verschillen zijn. Ondertussen krijg ik als Kamerlid steeds meer signalen uit de praktijk dat de ambulante zorg thuis nog niet voldoende op orde is. De Minister zegt: ik ga dat onderzoeken. Dat is een goede eerste stap. De Minister zegt: ik ga zorgen voor een streefcijfer. Dat is een goede tweede stap, maar het gaat nog zeker een jaar of anderhalf jaar duren voordat de Minister daar goed inzicht in heeft, voordat zij precies weet waar de knelpunten zitten. Het verzoek van het CDA is een logisch verzoek: als u nog niet precies weet wat de stand van zaken is, doe dan tijdelijk een pas op de plaats met de beddenafbouw om ervoor te zorgen dat je uiteindelijk niet nog grotere problemen krijgt. Mijn concrete vraag aan de Minister is wat er eigenlijk tegen een tijdelijke pas op de plaats is als het gaat om de beddenafbouw. Voorzitter, het zal u niet verbazen: ik overweeg een motie hierover in te dienen als de Minister niet iets meer geeft.
Ik kom tot een afsluiting. De Minister zegt ten aanzien van beschermd wonen en de motie-Keijzer/Bergkamp stevig te hebben ingekocht. Daar heeft ze vertrouwen in. Maar heel veel gemeenten hebben maar voor een halfjaar beschermd wonen ingekocht omdat er blijkbaar niet voldoende geld is. Graag krijg ik hierop een reactie van de Minister.

De heer **De Lange** (VVD): Voorzitter. Ik begon vanmorgen met een citaat van Loesje dat wij maandag uitgereikt kregen. Ik ben blij dat de conclusie, het leidmotief van dit debat is: omdat wij het samen doen, pakken wij het praktisch aan. Dat is winst. Er komt een plan van aanpak. De regie komt nadrukkelijk bij de gemeentes te liggen. De goede voorbeelden gaan hun werking krijgen op de plekken waar het nog minder goed loopt. Een integrale aanpak binnen het kabinet is toegezegd. En er is terecht aandacht voor improvisatieruimte. Een belangrijke notie is dat mensen die ziek zijn, niet in een politiecel horen. Dat wordt breed ondersteund. Dat wordt dus ook aangepakt.
Dank voor al deze toezeggingen, overigens ook voor de specifieke aandacht voor de oncologische psychiatrie. Dan blijft er nog één punt over, namelijk: hoe kijk je aan tegen de beddenafbouw? Moet dat tot een standstill leiden? De VVD is daar geen voorstander van. De VVD is een groot voorstander van het ambulantiseringsproces zoals dat nu is ingezet. Het is wel goed om nu aan de hand van de streefcijfers te gaan monitoren hoe dat loopt. Ik heb de Minister horen zeggen dat die cijfers nog voor de begroting inzichtelijk worden gemaakt. Mijn stellingname is dat, als je ambulantisering echt graag wilt en echt belangrijk vindt – dat wordt ook niet betwist – het veel te belangrijk is om stil te staan. Dan moet je handelen; dan moet je doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): «Dan moet je handelen; dan moet je doen» is een stevige afsluiting van mijn collega van de VVD, maar de Algemene Rekenkamer heeft gisteren geconcludeerd dat dit kabinet goed is in het maken van plannen, maar onvoldoende aandacht heeft voor de uitvoering.

De heer **De Lange** (VVD): Ik heb de Minister vandaag heel nadrukkelijk horen aangeven welke punten nu allemaal worden opgepakt. Er is dus oog voor de effecten die er moeten zijn in de uitvoering. Er zijn heel veel ketenverantwoordelijken. Een en ander wordt nu gedaan onder de regie van de gemeenten met een plan van aanpak. Een belangrijk signaal is: kijk zorgvuldig naar de effecten in de uitvoering. Dat deel ik zeer, maar dat betekent dat je niet stil moet gaan staan. Dan moet je juist handelen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Soms is het heel verstandig om op één vlak even stil te staan, omdat je bijvoorbeeld ook niet in een mijnenveld wilt lopen, zeg ik als oud-militair. Daarbij is de vraag wanneer de VVD het overzicht van die ambulante zorg, van die streefcijfers wil hebben, want op dit moment gaat het niet goed. Hoe lang wil de VVD wachten op die helderheid?

De heer **De Lange** (VVD): De Minister heeft net aangegeven dat dat inzicht er voor de begroting is. Het is goed dat daar zo snel mogelijk inzicht in komt. Dat geeft ook de mogelijkheid om dat verder te monitoren en te bekijken wat daar de effecten van zijn. Dat is volgens mij toegezegd. Als ik het mis heb, hoor ik het graag.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister, want zoals mevrouw Bruins Slot al zei: er worden stappen gezet. Ik vroeg om met de VNG gesprekken te voeren en om met een plan te komen voor de basisketen. Ik begrijp dat de Minister daar allang mee bezig is. Daar ben ik heel blij mee. Ik vertrouw erop dat alles wat wij vandaag besproken hebben, daarin terugkomt, met name de mensen die niet verzekerd zijn. Dat vind ik een heel groot punt. Ik wil de Minister wel vragen om te benadrukken dat de familie in die keten moet worden meegenomen. Ook dat kwam weer uit de hoorzitting, ook vanuit Ypsilon: familie is heel belangrijk voor deze groep; dat is het venster naar buiten. Misschien kan de Minister daar nog extra de aandacht op vestigen.

Ik zou graag de streefcijfers willen hebben. De Minister zegt: indien nodig doen wij het ook met streefcijfers. Ik wil vragen om dat gewoon te doen. Of wij 30% beddenafbouw hebben kunnen wij heel makkelijk toetsen en de Minister gaat ook kijken of het achterblijft – daar ben ik ook zeer erkentelijk voor – maar een streefcijfer maakt het makkelijk om te toetsen en te bekijken of iedereen doet wat hij moet doen. Misschien is het makkelijker om dat regionaal te doen. Daar heeft de Minister gelijk in. Ik hoor ook van organisaties die daar al heel ver in zijn. Dus misschien kan dat regionaal. Ik weet niet of het kan, maar dat hoor ik dan graag van de Minister.
Mijn laatste punt gaat over de zorgverzekeraars. Mevrouw Dik-Faber had het daar ook al over. Ik hoorde van instellingen dat vijf zorgverzekeraars de cijfers, de informatie over de effecten en dergelijke, op vijf verschillende wijzen aangeleverd willen krijgen. Ik hoorde zelfs dat er een batterij extra personeel nodig is om de verantwoording aan zorgverzekeraars op een goede manier vorm te geven. Mij werd gezegd dat het wel 20% op de zorgkosten zou schelen als dat op een gelijksoortige manier gebeurt. Als dat zo is, dan is dat waanzinnig veel geld, dat wij allemaal in het ambulante werk kunnen stoppen. Ik hoop dat de Minister daar nog iets over wil zeggen of in ieder geval wil achterhalen of dat klopt.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Dank aan de Minister voor de beantwoording. Ik heb bij interruptie al aangegeven dat het goed is dat het punt van de verwarde personen zo wordt opgepakt. «Waarom moeilijk doen als het samen kan?» is inderdaad een mooie uitdrukking. Tegelijkertijd loop je bij al dat samendoen weleens het risico dat iedereen naar iedereen kijkt en dat er dan weinig gebeurt. Ik ben dan ook erg blij dat de Minister duidelijk liet doorschemeren dat zij dit punt echt in de gaten zal houden en dat zij duwt en trekt om ervoor te zorgen dat er een goed plan van aanpak komt. Vervolgens kan iedereen weer aan de slag met waar hij zelf verantwoordelijk voor is.
Het is goed om afzonderlijk terug te komen op het tweede punt van de commissie-Meurs. In ieder geval dank voor de toezegging om in de gaten te houden dat het kwaliteitsstatuut met consensus en voortvarend zijn beslag krijgt. Ik ben blij om te horen dat het niet de bedoeling is dat daar weer allerlei aanvullende eisen boven op komen.
Tot slot kom ik op het zorgpunt van het afbouwen van bedden. Dat gaat niet gelijk op met het versterken van de ambulantisering. Aan de ene kant voel ik mee met mevrouw Bruins Slot en anderen die zeggen: zou een pas op de plaats niet nuttig zijn? Aan de andere kant ben ik bezorgd dat dat weer heel veel vragen oproept, zoals wat een pas op de plaats dan precies betekent. Dan zou het hele proces dat wij met elkaar willen, weer stagneren. Dat is mijn dilemma. Mijn vraag is of wij er op een andere manier voor kunnen zorgen dat er door de verdergaande afbouw geen steeds groter gat valt. Hoe kun je die ambulantisering zo sterk en goed mogelijk de benodigde schwung geven?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Soms kan ik het niet mooier verwoorden dan de heer Van der Staaij: er moet geen gat vallen. Trimbos heeft al gezegd: het zouden communicerende vaten moeten zijn. Ik heb in het vorige debat al gezegd dat het lekkende vaten zijn. De ambulantisering wordt te weinig opgebouwd en de bedden te veel afgebouwd. Wij hebben daar allemaal zorgen over. De Minister herkent dat beeld niet. Zij krijgt geen signalen uit het veld, terwijl wij van iedereen gehoord hebben dat het wel meespeelt. Rond die verwarde mensen hebben wij ons afgevraagd: welk plan kunnen wij daarvoor maken vanuit al onze verschillende verantwoordelijkheden? Ik roep de Minister ertoe op om dit scherp te houden, net zoals zij heeft gedaan rond de verwarde mensen. Omtrent verwarde mensen zei het Landelijk Platform GGz afgelopen maandag terecht: dat is niet het hele probleem. Er zijn ook heel veel

mensen die wel verward zijn maar geen publiek probleem zijn. Wat doen wij met die mensen? Die zitten achter de voordeur en vereenzamen. Kijken wij ook naar hen? Ik zou de Minister ertoe willen oproepen om in het plan dat zij samen met de VNG aan het maken is, ook te kijken naar de openbare ggz en naar de vraag of de wet publieke gezondheidszorg daar mogelijkheden voor biedt, zodat wij deze vergeten groep – dat klinkt altijd zo gek – niet over het hoofd zien.
Het is goed dat de Minister een uitspraak doet over PsyQ. Zij hebben ook een aanmeldformulier waarin ertoe wordt opgeroepen om je huisarts te bellen voor een verwijsbrief. Ik vind dat echt te ver gaan.
Dan heb ik nog één vraag over de wachtlijsten. Wij gaan dat allemaal monitoren. Wij krijgen allerlei dingen, maar afgelopen week sprak ik een psychiatrisch verpleegkundige. Die zei: ik doe de intake van mensen en dan moet ik een zorgplan opstellen, want dan zijn ze van de wachtlijst af. Maar in dat zorgplan staat vervolgens: mensen wachten op behandeling. Dat kan maanden duren. Hebben wij daar straks ook zicht op? Of hebben wij de wachtlijsten dan cosmetisch weggewerkt, terwijl mensen feitelijk nog op zorg wachten?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de Minister voor alle antwoorden. Ik dank haar ook voor het plan van aanpak dat er komt, waarin vooral de samenwerking in de eerste lijn en de experimenteerruimte een plek krijgen. Daar ben ik blij mee.
Ik wil in het bijzonder aandacht vragen voor laagdrempelige dag- en nachtopvang. Die wordt bij gemeenten veelal wegbezuinigd, maar die is wel heel belangrijk, in het bijzonder voor verwarde personen. Ik wil ook aandacht vragen voor de beschikbaarheid van crisisteams in de avond-, nacht- en weekenduren. Ik heb het voorbeeld genoemd van West-Friesland. Ik besef dat hier een prijskaartje aan hangt, maar wij kunnen mensen toch niet aan hun lot overlaten?
Zorgverzekeraars vergoeden dbc's niet als er geen verwijsbrief is. Ik heb een kleine vraag maar met grote implicaties, want de instellingen leveren zorg, vaak levensreddende zorg, die vervolgens niet vergoed wordt. Wat gaat de Minister daaraan doen?
Dan kom ik op de beddenafbouw. Wij hebben het over de communicerende vaten gehad. «Maatwerk» is een sleutelwoord dat mij wel aanspreekt, maar ik heb in deze situatie het gevoelen dat dit de praktijk verdoezelt, in die zin dat zorgverzekeraars verschillende maatstaven hanteren om tot beddenafbouw te komen. Aantallen, percentages, percentages per regio of percentages per instelling; de Minister gaat het allemaal in kaart brengen, maar ik wil graag een stap extra, namelijk dat zij voorstellen doet om dit beter te stroomlijnen.
Ik ben blij dat de Minister met het stigma aan de slag gaat.
Mijn vraag over de positie van de familie is helaas niet beantwoord, maar ik hoor de Partij van de Arbeid daar nu ook op hameren. De richtlijnen zijn heel helder: de familie moet erbij betrokken worden. Maar dat gebeurt niet altijd. De familie is niet goed aangehaakt. Daar wil ik extra nadruk op leggen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik sluit mij aan bij de dank voor het plan van aanpak waar de Minister aan werkt en waarin een streefcijfer voor de ambulante zorg komt. Ook dank voor de toezegging dat zij gaat kijken naar de improvisatieruimte. De vraag is altijd waar het geld vandaan komt, maar goed, wij krijgen daar voor de begroting wat meer duidelijkheid over van de Minister. Dan zullen wij daar met elkaar naar moeten kijken.
In de discussie over het tijdelijk stopzetten van de beddenreductie hoor ik de Minister niet zeggen dat zij het beeld niet herkent. Ik hoor haar vooral zeggen: er zijn heel veel verschillen. Dat roept bij mij de vraag op of je het evenwicht in de gebieden waar de beddenreductie heel ver vooruitloopt

op de ambulante zorg, moet herstellen. Dat zou je niet landelijk of heel breed moeten doen maar meer op maat.
Ik sluit mij aan bij de woorden over de opvang van verwarde mensen, de wijze waarop de gemeentes daarmee omgaan enzovoort. Aan de ene kant praten wij over iets wat op papier klopt. Aan de andere kant hebben wij te maken met al die nieuwe wetten en decentralisaties. In de rondetafel zagen wij dat daar heel veel samenhang mee is en dat er nieuwe schotten zijn gekomen. Er worden steeds problemen gesignaleerd, zoals gemeenten die te maken hebben met heel veel verschillende zorgverzekeraars die allemaal weer verschillende eisen stellen. Dat is heel lastig voor de uitvoerbaarheid. Ik vind het belangrijk dat wij ons goed realiseren dat iets op papier wel kan kloppen maar dat het in de praktijk niet werkt. Dat horen wij nu. Wat betekent dat voor de Minister?
Ten slotte sluit ik mij aan bij de woorden over de rol en het belang van de familie.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Om met dat laatste te beginnen, dat zie je heel duidelijk. Gemeenten hebben misschien met meerdere verzekeraars te maken, maar verzekeraars hebben met 400 nog wat gemeenten te maken. Dat knelpunt is wel degelijk gesignaleerd. Daar moet je heel goed naar kijken om te voorkomen dat je een nieuwe administratieve vastloper krijgt omdat iedere gemeente weer andere eisen stelt aan aanbieders, terwijl die aanbieders weer werken in heel veel gemeenten. Het is heel erg van belang dat wij met elkaar gaan bekijken hoe wij het simpel houden. Gemeenten hebben daar zelf ook een belangrijke rol in.
Wat de beddenreductie betreft: ik bouw geen bedden af. Wij hebben een systeem waarin zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Zij hebben de plicht om goede zorg in te kopen die op dat moment gepast en noodzakelijk is voor hun patiënten. Vroeger was gepaste zorg zorg in instellingen, maar er is steeds meer het besef gekomen dat die zorg beter op een andere manier geleverd kan worden. Dat is ook in veldnormen opgenomen. Die omslag wordt in het veld gemaakt. Zorgverzekeraars kopen die gepaste zorg in. Het kan zijn dat de ene zorgverzekeraar dat op een hoger tempo doet dan een andere. Maar ik kan niet zomaar op een knop drukken en zeggen: nu doen wij een pas op de plaats. Wat gepaste zorg is, staat immers in richtlijnen, protocollen en veldnormen van partijen. Verzekeraars kopen daarop in. Het enige wat je zou kunnen doen is iedereen om de tafel vragen en zeggen: verzekeraars, voer volgend jaar een ander beleid. Met andere woorden, koop niet in op wat wij op dat moment definiëren als de beste zorg, maar doe een stap terug. Het zou in ons systeem heel raar zijn als ik dat eigenhandig zou stoppen tegen alle afspraken in die het veld heeft gemaakt. Je moet wel evenwicht hebben. Als dat heel divers ligt, kun je in specifieke situaties en gebieden knelpunten krijgen. Als wij daar meer inzicht in hebben, kunnen wij de verantwoordelijke partijen aanspreken en zeggen: hoor eens even, zorgverzekeraar, ik zie dat jij het in jouw regio slecht hebt geregeld; dat moet anders. Dat is de beste weg om te bewandelen. Daar ben ik zeker toe bereid. Ik ben ook bereid om dat versneld te inventariseren, zodat wij hen snel kunnen aanspreken. Dat doe ik voor de begrotingsbehandeling. Dan kom ik niet alleen met cijfers maar ook met wat daar vervolgens mee gebeurt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Eerst een korte opmerking: 393 gemeenten.

Minister **Schippers**: Oké. Dank.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het pijnpunt is dat het idee is ontstaan dat in bepaalde regio's een gat is ontstaan tussen de afbouw van bedden aan de ene kant en de ambulante opbouw aan de andere kant. Dat beluisterde ik net ook bij de heer Van der Staaij en mevrouw Dijkstra. De Minister wil

inzicht aan de ene kant krijgen, maar wij missen straks het inzicht aan de andere kant. Mijn vraag is: zorg ervoor dat je inzicht krijgt in welke regio's de bedden meer dan evenredig zijn afgebouwd. Ik zeg dat omdat ik onder meer tijdens werkbezoeken verhalen hoor dat er te weinig bedden op recept zijn, dat er geen time-outvoorzieningen zijn en dat ambulances uit het midden van het land soms helemaal naar Groningen rijden om iemand op een bepaald bed te leggen. Dat is de achtergrond van mijn verzoek. Ik vraag de Minister om net een stapje extra te zetten, net wat meer behoedzaamheid in te regelen om ervoor te zorgen dat wij dit goed oplossen met elkaar.

Minister **Schippers**: Ik ben het met mevrouw Bruins Slot erover eens dat gepaste zorg moet worden geleverd en dat een crisisbed geleverd moet worden als dat nodig is. Daar moet ook op ingekocht worden. Die bedden moeten beschikbaar zijn in de regio. Maar wij hebben het steeds over een gat. Ik wil weten hoe groot het gat is en waar het zit. Zijn het een paar kleine gaatjes? Zijn er heel grote gaten? Dat ga ik versneld in kaart brengen zodat wij met streefcijfers kunnen werken, zeg ik tegen mevrouw Tanamal, en weten hoe snel wat wordt ingelopen. Dan heb je daadwerkelijk een actie ondernomen in de goede richting. Mevrouw Bruins Slot vraagt: kunt u aan de ene kant draaien? Ik zeg: ja, ik wil wel draaien. In die zin zie ik het probleem niet anders. Alleen, ik wil aan de andere kant draaien. Ik weet niet of dat een goede samenvatting is, maar zo voel ik dat.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Eigenlijk zeg ik tegen de Minister: zorg ervoor dat je dat aan beide kanten doet. Ik wil namelijk niet dat het gat groter wordt. Uit de verhalen uit het land krijg ik de indruk dat er in een aantal regio's een gat gevallen is, omdat het niet evenwichtig genoeg gegaan is. Dat is mijn verzoek.

Mevrouw **Leijten** (SP): Daar sluit ik mij bij aan. De voorbeelden die verschillende woordvoerders hebben genoemd zijn legio. Wij hebben die ook bij de hoorzitting gehoord. Ik schrok ervan toen een psychiatrisch verpleegkundige uit Flevoland ons vertelde dat iemand een weekend lang op een noodbed had gelegen omdat hij nergens anders te plaatsen was. In dat geval hadden ze naar een houtje-touwtje-oplossing gezocht, die waarschijnlijk niet eens betaald kan worden. Dat soort praktijkervaringen horen wij altijd. Ik vind het goed als de Minister het versneld in kaart gaat brengen, maar het zou ook goed zijn als ze dan de consequentie trekt en ze ook aan andere knoppen gaat draaien, want dat is ook mogelijk. Ik zou die opening graag aan de Minister willen vragen. Dan kunnen wij straks aan de hand daarvan besluiten hoe wij verdergaan.

Minister **Schippers**: Een crisisbed dat nodig is, is nodig. Dat was vorig jaar nodig, dat is nu nodig en zal volgend jaar nodig zijn. Die moeten dus ook niet worden afgebouwd als ze op dat moment nodig zijn. Mij gaat het erom dat wij gepaste zorg leveren. Ik ga ook op werkbezoek en ik zie ook dat, waar mensen vroeger hun leven lang in een instelling zaten en nu een omslag wordt gemaakt, die mensen nu weer begeleid worden terug naar huis. Dat is een enorme omslag. Dat gaat echt niet zonder slag of stoot. Het is een omslag voor de instelling. Het is ook een omslag voor de patiënt. Ik denk dat die omslag wel heel belangrijk is, maar een crisisbed dat op een gegeven moment nodig is, moet er gewoon zijn. Dat moet gewoon ingekocht worden. Die zorgplicht heeft de zorgverzekeraar gewoon.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij steunen juist allemaal dat mensen, als dat kan, in de samenleving wonen met goede begeleiding en dat ze niet weet-ik-waar worden weggestopt. Maar wij hoorden afgelopen maandag

inderdaad van een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige dat ambulancediensten van Gorinchem naar Groningen moeten rijden om iemand op een crisisbed geplaatst te krijgen. Dat horen wij bij alle onze bezoeken aan politie, ggz, noem allemaal maar op. Daar loopt het spaak. Dit zijn precies de zorgverzekeringsbedden die harder worden afgebouwd dan dat ambulante zorg wordt opgebouwd. Het is goed dat de Minister het in kaart brengt, maar ik vraag haar om niet de deur te sluiten voor een standstill van de afbouw van deze bedden. Wij weten namelijk ook dat in contracten van zorgverzekeraars gewoon wordt gezegd: categoriale afbouw. Daarbij is helemaal geen sprake van inhoudelijke afbouw. Daar vragen wij nou juist om.

Minister **Schippers**: Dan is het zinniger de NZa te vragen om in een monitor wachttijden voor de zomer mee te nemen hoe het zit met de crisisbedden. Dat is zinniger dan dat ik zeg: ik ga het hele systeem stopzetten, want die beddenafbouw gaat natuurlijk niet over crisisbedden. Dat gaat over iets anders. Daar zijn wij het wel over eens. Blijkbaar hebben wij een tijdje langs elkaar heen gepraat. Het zal ook wel aan mij liggen, hoor. Ik ben net weer begonnen na het reces, dus ik moet weer even warmdraaien. Als er een bed nodig is via gepaste zorg, dan moet dat er zijn. Dat vind ik belangrijk. Die wil ik ook niet afbouwen. Die moeten er voldoende zijn. Ik zal bekijken of de NZa dat kan regelen en wanneer zij daar inzicht in kan verschaffen.
Er werd gesproken over onvoldoende geld. Het budget voor beschermd wonen is in zijn geheel overgeheveld, dus die gelden zijn niet gekort. Dat is, voor zover dat mogelijk was, op basis van historische gegevens over de gemeenten verdeeld. Dat leidt in de praktijk kennelijk tot verschillen tussen gemeenten. Ik heb begrepen dat daar vanmiddag een bestuurlijk overleg over is en dat de Staatssecretaris de Kamer daarover zal informeren. Het gaat om twee gemeenten die voor een halfjaar hebben ingekocht.
Er werd ook gesproken over de familie meenemen. Het Landelijk Platform GGz zit aan tafel. Dat zijn de patiënten. Ik zal vragen om de familievertrouwenspersonen erbij te betrekken. Dan hebben wij dat punt van patiënten en familieleden beter gecovered.
De standaardisering van de contracten is een heel belangrijk punt. Zorgverzekeraars Nederland heeft net een actieplan voor een transparante en solidaire zorgverzekering gepresenteerd. Dat was een eerste fase. In de volgende fase komt er een tweede actieplan. Dat zal in de richting van de aanbieders gaan. Ik heb meerdere malen overlegd en gevraagd of in dat actieplan kan worden meegenomen dat ze dezelfde formulieren gaan gebruiken. Aangezien wij als samenleving standaardisering van ziekenhuizen vragen zodat wij ze kunnen vergelijken, vind ik ook dat wij standaardisering van zorgverzekeraars kunnen vragen zodat ziekenhuizen standaardformulieren hebben en niet een gele en een rode met tien verschillende vragen en weet ik veel wat. Het lijkt mij vrij simpel om dat te standaardiseren. Ik heb dat ook aan hen gevraagd. Wij zullen bekijken hoever wij daarmee kunnen komen. Mij lijkt dat een ontzettend goede stap. Wij moeten daarbij niet op elkaar wachten, zegt de heer Van der Staaij. Ik ben het daarmee eens. Wij moeten doen wat wij nu al kunnen doen en aan de slag gaan, maar elkaar ook via de VNG goed informeren over welke acties wij al hebben ondernomen.
Mevrouw Leijten zegt: wij hebben verwarde personen die problemen veroorzaken, maar er zitten verwarde personen achter de deur. Ik vind dat een ontzettend belangrijk probleem. Het is een onzichtbaar probleem. In de sociale wijkteams moet daar kennis en expertise over zijn. Als dat er niet is, moet dat er snel komen. Die teams zijn er namelijk om de mensen achter de deur te bereiken. Ik ben van mening dat wij daar zeker inzet op moeten plegen. Ik zal bekijken of wij daar in het plan een haakje voor kunnen maken. Op het ene moment zit iemand achter de deur en op het

andere moment heb je overlast van iemand, maar daar zit wel iets tussen, in die zin dat je eerder in het proces veel leed kunt voorkomen.
Hoe wordt de wachtlijst gemeten en is dat na de intake anders? Dat inzicht hebben wij niet vanuit de onderzoeken die nu lopen. Dat zouden wij echt eens moeten bespreken. Je kunt wel vragen of men daar inzicht in kan geven, maar dan zit de hiccup ergens anders. We zouden eigenlijk eens met elkaar om de tafel moeten gaan zitten om te bespreken hoe dat in elkaar zit. Ik zou in het overleg aan de ggz willen vragen: hoe zien jullie dat? Hoe zit dit signaal bij jullie? Ik zal dat voor dat gesprek agenderen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het positief dat de Minister dat gaat vragen. Nou weet ik dat er in dat bestuurlijk overleg mensen zitten die daar geen weet van hebben omdat dat lager in de organisatie gebeurt. Het voorbeeld dat ik heb gekregen, komt uit een heel grote zorginstelling in het westen van het land, maar het gebeurt vast elders ook. Dus mocht dat niet op deze manier op tafel komen omdat het wellicht de top niet bereikt heeft, dan zou ik de Minister in overweging willen geven om eens te kijken of er nog onorthodoxe wegen zijn om dit boven tafel te krijgen, want wij horen van het Landelijk Platform GGz bijvoorbeeld dat er lange wachtlijsten zijn, terwijl de Treeknormen volgens de officiële cijfers worden gehaald. Daar zou je misschien ook informatie kunnen krijgen. Of je kunt die krijgen van de beroepsgroep zelf. Wellicht kan V&VN eens een vraag uitzetten. Ik denk dat het weleens groter kan zijn dan wij in de officiële cijfers terugkrijgen.

Minister **Schippers**: Als u signalen hebt, zou het goed zijn dat u die aan ons doorgeeft. Wij zullen zelf ook met de betreffende personen bekijken hoe het in elkaar zit. Je moet eerst analyseren hoe het in elkaar zit. Ik begrijp dat je daar soms dieper voor in een organisatie moet duiken. Wij gaan daar gewoon eens in duiken en bekijken of er verschillen zijn, in die zin dat je het signaal krijgt dat men lang moet wachten, terwijl je dat in de officiële cijfers moeilijk terugziet. Ik zal het onderwerp eens bij de kop pakken en uitzoeken.
De crisisdienst is 24/7 beschikbaar. Er werd aandacht gevraagd voor het feit dat de GGD-hulplijn om 17.00 uur dichtgaat. Ook daar zal ik aandacht aan besteden in het plan van aanpak. Wij gaan ook kijken naar de vergoeding zonder verwijsbrief. Dan zou je kunnen zeggen: in die spoedsituatie heb je dat niet, maar kun je niet kijken of je dat met een spv'er even kunt opvangen? Dat moeten wij uitzoeken, maar zoals mevrouw Dijkstra zegt: aan alles zit ook een financiële component. Daarbij moeten wij ons afvragen wat verstandig en effectief is om in te zetten, zodat de problemen in de praktijk overwonnen worden en het financiële plaatje beheersbaar is.

De **voorzitter**: Ik dank de Minister. Daarmee is er een einde gekomen aan de tweede termijn. Er zijn heel veel onderwerpen aan de orde gekomen. Wij hebben ook een groot aantal toezeggingen genoteerd. Ik zal ze snel met u doornemen, waarbij ik ook verwijs naar het verslag van dit algemeen overleg.

- Voor de begrotingsbehandeling ontvangt de Kamer een breed plan van aanpak voor de opvang van verwarde personen met aandacht voor diverse aspecten. Die hebben wij wel genoemd, maar die kunnen wij terugzien in het verslag.
- Voor het zomerreces wordt de Kamer geïnformeerd over de vorderingen van het plan van aanpak voor de opvang van verwarde personen.
- In juni en eind 2105 ontvangt de Kamer NZa-rapportages over de wachttijden in de ggz-sector.

- Voor de begrotingsbehandeling wordt de Kamer geïnformeerd over een analyse van de opbouw van de ambulantisering en de mogelijke (regionale) bijsturing hiervan.
- Eind 2015 ontvangt de Kamer een nota van wijziging inzake de Wet verplichte ggz.
- Eind 2015 verschijnt de kwaliteitsagenda maatschappelijke opvang.
- De Kamer wordt bericht over het bekender maken van de inloophuizen voor de oncologische psychiatrische mensen.
- Eind 2015 wordt de Kamer geïnformeerd over de eventuele toepassing van DSM-5 voor het verzekeringspakket. De Kamer krijgt nadere informatie over de zorgspotjes van PsyQ.
- De NZa wordt verzocht de beschikbaarheid van crisisbedden te onderzoeken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb een VAO aangekondigd. Laat dat nog maar even staan, maar ik ga nog even na of de laatste toezegging over de NZa en de crisisbedden afdoende is. Dat laat ik nog even bezinken en geef ik nog door.

De **voorzitter**: Dan constateer ik dat er heel voorzichtig een VAO wordt aangekondigd, een beetje op termijn. Wij horen nog van mevrouw Bruins Slot of dat noodzakelijk is. Ik concludeer dat er bij de andere leden geen behoefte daartoe is.
Dan zijn wij aan het einde gekomen van dit algemeen overleg ggz. Ik dank de Minister en de ambtelijke top voor hun bijdragen en ondersteuning. Ik dank de Kamerleden voor hun inbreng in het debat. En ik dank iedereen op de publieke tribune en de mensen die dit debat op een andere manier gevolgd hebben voor hun belangstelling.

Sluiting 12.37 uur.